Traducción de
Horacio Pons

MICHEL FOUCAULT

EL PODER PSIQUIÁTRICO

Curso en el Collège de France
(1973-1974)

Edición establecida por Jacques Lagrange,
bajo la dirección de François Ewald y Alessandro Fontana



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - PERÚ - VENEZUELA

Primera edición en francés, 2003
Primera edición en español, 2005
Primera reimpresión, 2007

Foucault, Michel
El poder psiquiátrico - 1a ed. 1a reimp. - Buenos Aires : Fondo de Cultura Económica, 2007.
448 p. ; 23x16 cm. (Filosofía)

Traducido por: Horacio Pons
ISBN 978-950-557-637-1

1. Filosofía Moderna . I. Pons, Horacio, trad. II. Título
CDD 190

Título original: *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*
ISBN de la edición original: 2-02-030769-3

© 2003, Seuil/Gallimard
D.R. © 2005, FONDO DE CULTURA ECONÓMICA DE ARGENTINA S.A.
El Salvador 5665; 1414 Buenos Aires
fondo@fce.com.ar / www.fce.com.ar
Av. Picacho Ajusco 227; 14200 México D. F.

ISBN: 978- 950-557-637-1

Se terminó de imprimir en el mes de junio de 2007 en los Talleres Gráficos Nuevo Offset,
Viel 1444, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Fotocopiar libros está penado por la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio
de impresión o digital, en forma idéntica, extractada o
modificada, en castellano o en cualquier otro idioma, sin la
autorización expresa de la editorial.

IMPRESO EN ARGENTINA - *PRINTED IN ARGENTINA*
Hecho el depósito que marca la ley 11.723

ADVERTENCIA

Michel Foucault enseñó en el Collège de France desde enero de 1971 hasta su muerte, en junio de 1984, con la excepción de 1977, cuando disfrutó de un año sabático. El título de su cátedra era "Historia de los sistemas de pensamiento".

Esta cátedra fue creada el 30 de noviembre de 1969, según una propuesta de Jules Villemin, por la asamblea general de profesores del Collège de France, en reemplazo de la cátedra de "Historia del pensamiento filosófico" que ocupó hasta su muerte Jean Hyppolite. El 12 de abril de 1970, la misma asamblea eligió a Michel Foucault, que por entonces tenía 43 años, como titular de la nueva cátedra.[1]

Foucault dictó la lección inaugural el 2 de diciembre de 1970.[2]

La enseñanza en el Collège de France obedece a reglas particulares. Los profesores tienen la obligación de dictar 26 horas de cátedra por año (la mitad, como máximo, puede adoptar la forma de seminarios).[3] Cada año deben exponer una investigación original, lo cual les exige una renovación constante del contenido de su enseñanza. La asistencia a los cursos y seminarios es completamente libre; no requiere ni inscripción ni título alguno. El profesor

[1] Foucault había concluido con esta fórmula un opúsculo redactado en apoyo de su candidatura: "Habría que emprender la historia de los sistemas de pensamiento" ("Titres et travaux", en *Dits et Écrits, 1954-1988*, edición establecida por Daniel Defert y François Ewald, con la colaboración de Jacques Lagrange, París, Gallimard, 1994, cuatro volúmenes; cf. vol. I, p. 846).

[2] Sería publicada en mayo de 1971 por la editorial Gallimard, con el título de *L'Ordre du discours* [trad. esp.: *El orden del discurso*, Barcelona, Tusquets, 1987].

[3] Cosa que hizo Michel Foucault hasta principios de la década de 1980.

tampoco los entrega.[4] En el vocabulario del Collège de France se dice que los profesores no tienen alumnos sino oyentes.

Los cursos de Michel Foucault se realizaban todos los miércoles, desde principios de enero hasta fines de marzo. La concurrencia, muy numerosa y compuesta por estudiantes, docentes, investigadores y simples curiosos, muchos de ellos extranjeros, ocupaba dos anfiteatros del Collège de France. Foucault se quejó con frecuencia de la distancia que solía haber entre él y su "público" y de los escasos intercambios que la forma del curso hacía posibles.[5] Soñaba con un seminario que fuera el ámbito de un verdadero trabajo colectivo. Hizo para ello diferentes intentos. Los últimos años, a la salida del curso, dedicaba bastante tiempo a responder las preguntas de los oyentes.

En 1975, así retrataba el periodista Gérard Petitjean, de *Le Nouvel Observateur*, la atmósfera reinante en esos cursos:

> Cuando Foucault entra en el anfiteatro, rápido, precipitado, como alguien que se arroja al agua, pasa por encima de algunos cuerpos para llegar a su silla, aparta los grabadores para colocar sus papeles, se saca la chaqueta, enciende una lámpara y arranca, a cien por hora. Una voz fuerte, eficaz, reproducida por los altoparlantes, única concesión al modernismo en una sala apenas iluminada por la luz que se eleva de unos pilones de estuco. Hay trescientos lugares y quinientas personas apiñadas, que ocupan hasta el más mínimo espacio libre [...] Ningún efecto de oratoria. Es límpido y tremendamente eficaz. Sin la menor concesión a la improvisación. Foucault tiene doce horas para explicar, en un curso público, el sentido de su investigación durante el año que acaba de terminar. Entonces, se ciñe al máximo y llena los márgenes como esos corresponsales que todavía tienen demasiado que decir cuando llegan al final de la hoja. A las 19:15, Foucault se detiene. Los estu-

[4] En el marco del Collège de France.

[5] En 1976, con la esperanza –vana– de que la concurrencia disminuyera, Michel Foucault cambió el horario del curso, que pasó de las 17:45 a las 9:00 de la mañana. Cf. el comienzo de la primera clase (7 de enero de 1976) de *"Il faut défendre la société." Cours au Collège de France, 1975-1976*, edición establecida por Mauro Bertani y Alessandro Fontana, bajo la dirección de François Ewald y Alessandro Fontana, París, Gallimard/Seuil, 1997 [trad. esp.: *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000].

diantes se abalanzan sobre su escritorio. No para hablarle, sino para apagar los grabadores. No hay preguntas. En el tropel, Foucault está solo.

Y Foucault comenta:

> Sería conveniente poder discutir lo que he expuesto. A veces, cuando la clase no fue buena, bastaría poca cosa, una pregunta, para volver a poner todo en su lugar. Pero esa pregunta nunca se plantea. En Francia, el efecto de grupo hace imposible cualquier discusión real. Y como no hay un canal de retorno, el curso se teatraliza. Tengo una relación de actor o de acróbata con las personas presentes. Y cuando termino de hablar, una sensación de soledad total...[6]

Michel Foucault abordaba su enseñanza como un investigador: exploraciones para un libro futuro, desciframiento, también, de campos de problematización, que solían formularse más bien como una invitación lanzada a eventuales investigadores. Por eso los cursos en el Collège de France no duplican los libros publicados. No son su esbozo, aunque haya temas comunes entre unos y otros. Tienen su propio estatus. Competen a un régimen discursivo específico en el conjunto de los *actos filosóficos* efectuados por Michel Foucault. En ellos, él despliega muy particularmente el programa de una genealogía de las relaciones saber/poder en función del cual, a partir de principios de la década de 1970, pensará su trabajo, en oposición al programa de una arqueología de las formaciones discursivas hasta entonces predominante.[7]

Los cursos también tenían una función en la actualidad del momento. El oyente que participaba en ellos no se sentía únicamente cautivado por el relato que se construía semana tras semana, no sólo era seducido por el rigor de la exposición; también encontraba en ella una dilucidación del presente. El arte de Michel Foucault consistía en abordar en diagonal la actualidad a través de la historia. Podía hablar de Nietzsche o de Aristóteles, de la pericia psiquiátrica en el siglo XIX o de la pastoral cristiana: el oyente siempre extraía

[6] Gérard Petitjean, "Les Grands Prêtres de l'université française", en *Le Nouvel Observateur*, 7 de abril de 1975.

[7] Cf. en particular "Nietzsche, la généalogie, l'histoire", en *Dits et Écrits*, *op. cit.*, II, p. 137 [trad. esp.: *Nietzsche, la genealogía, la historia*, Valencia, Pre-Textos, 1988].

de esos temas una luz sobre el presente y los acontecimientos de los que era contemporáneo. El poder propio de Michel Foucault en sus cursos obedecía a ese sutil cruce entre una erudición sabia, un compromiso personal y un trabajo sobre el acontecimiento.

* * *

La década de 1970 presenció el desarrollo y el perfeccionamiento de las grabadoras de casetes, y el escritorio de Michel Foucault pronto se vio invadido por ellas. De tal modo, los cursos (y algunos seminarios) pudieron conservarse.

Esta edición toma como referencia la palabra pronunciada públicamente por Michel Foucault. Da de ella la transcripción más literal posible.[8] Habríamos deseado poder publicarla sin modificaciones. Pero el paso de lo oral a lo escrito impone una intervención del editor: como mínimo, es preciso introducir una puntuación y recortar los párrafos. El principio consistió siempre en mantenerse lo más cerca posible del curso efectivamente dictado.

Cuando pareció indispensable, se suprimieron las reiteraciones y las repeticiones; se restablecieron las frases interrumpidas y se rectificaron las construcciones incorrectas.

Los puntos suspensivos indican que la grabación es inaudible. Cuando la frase es oscura, figura entre corchetes una integración conjetural o un agregado.

Un asterisco a pie de página indica las variantes significativas de las notas utilizadas por Michel Foucault con respecto a lo dicho.

Se verificaron las citas y se señalaron las referencias de los textos utilizados. El aparato crítico se limita a dilucidar los puntos oscuros, explicitar ciertas alusiones y precisar los puntos críticos.

Para facilitar la lectura, cada clase está precedida por un breve sumario que indica sus principales articulaciones.[9]

[8] Se utilizaron en particular las grabaciones realizadas por Gérard Burlet y Jacques Lagrange, guardadas en el Collège de France y el Institut Mémoires de l'Édition Contemporaine (IMEC).

[9] Al final del volumen, en la "Situación del curso", se encontrarán expuestos los criterios y soluciones adoptados por los editores para este curso en particular.

Sigue al texto del curso el resumen publicado en el *Annuaire du Collège de France.* En general, Michel Foucault lo redactaba en junio, vale decir, algún tiempo después de la finalización del curso. Solía aprovecharlo para poner de relieve, retrospectivamente, su intención y sus objetivos. El resumen constituye su mejor presentación.

Cada volumen termina con una "situación" cuya responsabilidad corresponde a su editor: se trata de brindar al lector elementos contextuales de orden biográfico, ideológico y político, reubicar el curso en la obra publicada y dar indicaciones concernientes a su lugar dentro del corpus utilizado, a fin de facilitar su comprensión y evitar los contrasentidos que podría suscitar el olvido de las circunstancias en las que cada uno de los cursos se elaboró y dictó.

La edición de *El poder psiquiátrico,* curso dictado en 1973, fue establecida por Jacques Lagrange.

* * *

Con esta edición de los cursos del Collège de France se publica una nueva zona de la "obra" de Michel Foucault.

En sentido estricto, no se trata de inéditos, ya que esta edición reproduce la palabra pronunciada públicamente por Foucault, con exclusión del soporte escrito que utilizaba y que podía ser muy elaborado. Daniel Defert, que posee esas notas, permitió a los editores consultarlas. Le estamos vivamente agradecidos.

Esta edición de los cursos en el Collège de France ha sido autorizada por los herederos de Michel Foucault, que desearon con ello satisfacer la muy intensa demanda de que eran objeto, tanto en Francia como en el extranjero. Y esto en indiscutibles condiciones de seriedad. Los editores han procurado estar a la altura de la confianza que depositaron en ellos.

François Ewald y Alessandro Fontana

Curso
Ciclo lectivo 1973-1974

Clase del 7 de noviembre de 1973

Espacio asilar y orden disciplinario – Operación terapéutica y "tratamiento moral" – Escenas de curación – Los desplazamientos efectuados por el curso con respecto a la Historia de la locura: *1) de un análisis de las "representaciones" a una "analítica del poder"; 2) de la "violencia" a la "microfísica del poder", y 3) de las "regularidades institucionales" a las "disposiciones" del poder.*

EL TEMA que les propongo este año es el poder psiquiátrico, para establecer cierta discontinuidad, aunque no total, con respecto a las cosas de las que les hablé los dos últimos años.

Voy a empezar tratando de relatar una especie de escena ficticia, cuyo decorado es el siguiente; ya van a reconocerlo, les es muy familiar:

> Querría que esos hospicios se construyeran en bosques sagrados, lugares solitarios y escarpados, en medio de las grandes conmociones, como en la Grande-Chartreuse, etc. A menudo sería útil que el recién llegado bajara por intermedio de máquinas, que atravesara, antes de llegar a su destino, lugares cada vez más novedosos y sorprendentes, y que los ministros de esos lugares usaran vestimentas particulares. Aquí es conveniente lo romántico, y muchas veces me dije que habríanse podido aprovechar esos viejos castillos pegados a cavernas que atraviesan una colina de una a otra parte, para llegar a un pequeño valle risueño [...] La fantasmagoría y los otros recursos de la física, la música, las aguas, los relámpagos, el trueno, etc., serían empleados uno tras otro y, es de suponer, con no poco éxito sobre el común de los hombres.[1]

[1] François Emmanuel Fodéré (1764-1835), *Traité du délire, appliqué à la médecine, à la morale et à la législation*, t. II, sec. VI, cap. 2, "Plan et distribution d'un hospice pour la guérison des aliénés", París, Croullebois, 1817, p. 215.

Ese castillo no es del todo el mismo en que deben desarrollarse las *Ciento veinte jornadas*;[2] es un castillo donde deben transcurrir jornadas mucho más numerosas y casi infinitas: es la descripción que Fodéré hace de un asilo ideal en 1817. Dentro de ese decorado, ¿qué debe suceder? Pues bien, en su interior, desde luego, reina el orden, reina la ley, reina el poder. Dentro de ese decorado, en ese castillo protegido por una ambientación romántica y alpina, en ese castillo sólo accesible mediante el uso de complicadas máquinas, y cuyo aspecto mismo debe sorprender al común de los hombres, impera ante todo y simplemente un orden, en el sencillo sentido de una regulación perpetua y permanente de los tiempos, las actividades, los gestos; un orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja, que se aplica a su superficie, pero también se imprime hasta en los nervios y en lo que otro llamaba "fibras blandas del cerebro".[3] Un orden, por tanto, para el cual los cuerpos sólo son superficies que es preciso atravesar y volúmenes que deben trabajarse, un orden que es algo así como una gran nervadura de prescripciones, de modo que los cuerpos sean parasitados y atravesados por él.

Escribe Pinel:

> No debe asombrar en exceso la importancia extrema que atribuyo al mantenimiento de la calma y el orden en un hospicio de alienados y a las cualidades físicas y morales que exige una vigilancia de esas características, pues en ella se encuentra una de las bases fundamentales del tratamiento de la manía y, de no existir, no se obtienen observaciones exactas ni una curación permanente, por mucho que se insista, por lo demás, en los medicamentos más elogiados.[4]

[2] Donatien Alphonse François de Sade (1740-1814), *Les Cent vingt journées de Sodome, ou l'École du libertinage* (1785), en *Œuvres complètes*, t. XXVI, París, Jean-Jacques Pauvert, 1967 [trad. esp.: *Las 120 jornadas de Sodoma o La escuela del libertinaje*, Madrid, Akal, 2004].

[3] "Sobre las blandas fibras del cerebro se asienta la base inquebrantable de los más firmes imperios." Joseph Michel Antoine Servan (1737-1807), *Discours sur l'administration de la justice criminelle*, pronunciado por M. Servan, Ginebra, 1767, p. 35 [trad. esp.: *Sobre la administración de la justicia criminal*, La Coruña, Ilustre Colegio Provincial de Abogados, 1977]; reeditado en Cesare Beccaria, *Traité des délits et des peines*, traducción de P. J. Dufey, París, Dalibon, 1821 [trad. esp.: *De los delitos y de las penas*, México, Fondo de Cultura Económica, 2001].

[4] Philippe Pinel (1745-1826), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la Manie*, sec. II, "Traitement moral des aliénés", § XXIII, "Nécessité d'entretenir un ordre cons-

Como ven, cierto orden, cierta disciplina, cierta regularidad aplicadas incluso en el interior mismo del cuerpo son necesarias para dos cosas.

Por un lado, para la constitución misma del saber médico, pues, sin esa disciplina, sin ese orden, sin ese esquema prescriptivo de regularidades, no es posible hacer una observación exacta. La condición de la mirada médica, su *neutralidad, la posibilidad de ganar acceso al objeto, en suma, la relación* misma de objetividad, constitutiva del saber médico y criterio de su validez, tiene por condición efectiva de posibilidad cierta relación de orden, cierta distribución del tiempo, el espacio y los individuos. En rigor de verdad –y volveré a ello en otra parte–, ni siquiera puede decirse: los individuos; digamos, simplemente, cierta distribución de los cuerpos, los gestos, los comportamientos, los discursos. En esa dispersión reglada encontramos el campo a partir del cual es posible la relación de la mirada médica con su objeto, la re*lación de objetividad, una relación que se presenta como efecto de la dispersión* primera constituida por el orden disciplinario. En segundo lugar, este orden disciplinario, que en el texto de Pinel aparece como condición para una observación exacta, es al mismo tiempo condición de la curación permanente; vale decir que la misma operación terapéutica, esa transformación sobre cuya base alguien considerado como enfermo deja de estarlo, sólo puede llevarse a cabo dentro de la distribución reglada del poder. La condición, entonces, de la relación con el objeto y de la objetividad del conocimiento médico, y la condición de la operación terapéutica, son iguales: el orden disciplinario. Pero esta especie de orden inmanente, que pesa sin distinción sobre todo el espacio del asilo, está en realidad atravesado, íntegramente animado de cabo a rabo por una disimetría que lo lleva a asociarse –y a asociarse de manera imperiosa– a una instancia única que es a la vez interna al asilo y el punto a partir del cual se efectúan el reparto y la dispersión disciplinaria de los tiempos, los cuerpos, los gestos, los comportamientos, etc. Esa instancia interior al asilo está dotada al mismo tiempo de un poder ilimitado al que nada puede ni debe resistirse. Dicha instancia, inaccesible, sin simetría, sin

---

tant dans les hospices des aliénés", París, Richard, Caille et Ravier, año IX/1800, pp. 95-96 [trad. esp.: *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, Madrid, Nieva, 1988].

reciprocidad, que funciona entonces como una fuente de poder, elemento de la disimetría esencial del orden, que lleva a éste a ser siempre un orden derivado de una relación no recíproca de poder, pues bien, es desde luego la instancia médica que, como verán, funciona como poder mucho antes de funcionar como saber.

Pues: ¿qué es ese médico? Y bien, he aquí que aparece, ahora, una vez que el enfermo ha sido trasladado al asilo por las máquinas sorprendentes de las que recién les hablaba. Sí, todo esto es una descripción ficticia, en cuanto la construyo a partir de una serie de textos que no pertenecen a un solo psiquiatra; pues si fueran de uno solo, la demostración no sería válida. He utilizado a Fodéré: el *Traité du délire*, a Pinel: el *Traité médico-philosophique* sobre la manía; a Esquirol: los artículos reunidos en *Des maladies mentales*,[5] y a Haslam.[6]

Entonces, ¿cómo se presenta esta instancia del poder disimétrico y no limitado que atraviesa y anima el orden universal del asilo? Aquí tenemos cómo se presenta en el texto de Fodéré, el *Traité du délire*, que data de 1817, ese gran momento fecundo en la protohistoria de la psiquiatría del siglo XIX; 1818 es el año de aparición del gran texto de Esquirol,[7] el momento en que el saber psiquiátrico se inscribe dentro del campo médico y a la vez gana su autonomía como especialidad:

> Un hermoso físico, es decir, un físico noble y varonil, es acaso, en general, una de las primeras condiciones para tener éxito en nuestra profe-

[5] Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, París, J.-B. Baillière, 1838, 2 vols. [trad. esp.: *Memorias sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Dorsa, 1991].

[6] John Haslam (1764-1844), *Observations on Insanity, with Practical Remarks on the Disease, and an Account of the Morbid Appearances of Dissection*, Londres, Rivington, 1798, obra reeditada y aumentada con el título de *Observations on Madness and Melancholy*, Londres, J. Callow, 1809; *Considerations on the Moral Management of Insane Persons*, Londres, R. Hunter, 1817.

[7] Jean Étienne Dominique Esquirol, *Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* (informe presentado al ministro del Interior en septiembre de 1818), París, Impr. de Mme. Huzard, 1819; reeditado en *Des maladies mentales...*; *op. cit.*, t. II, pp. 399-431.

> sión; es indispensable, sobre todo, frente a los locos, para imponérseles. Cabellos castaños o encanecidos por la edad, ojos vivaces, un continente orgulloso, miembros y pecho demostrativos de fuerza y salud, rasgos destacados, una voz fuerte y expresiva: tales son las formas que, en general, surten un gran efecto sobre individuos que se creen por encima de todos los demás. El espíritu, sin duda, es el regulador del cuerpo; pero no se lo advierte de inmediato y requiere las formas exteriores para arrastrar a la multitud.[8]

Como ven, por lo tanto, el personaje mismo va a funcionar desde la primera mirada. Pero en esa primera mirada a partir de la cual se entabla la relación psiquiátrica, el médico es en esencia un cuerpo; más precisamente, es un físico, una caracterización determinada, una morfología determinada, bien definida, en la que se destacan el desarrollo de los músculos, la amplitud del pecho, el color del pelo, etc. Y esa presencia física, con estas cualidades, que actúa como cláusula de disimetría absoluta en el orden regular del asilo, hace que éste no sea, como nos lo dirían los psicosociólogos, una institución que funciona de acuerdo con reglas; en realidad, es un campo polarizado por una disimetría esencial del poder, que, entonces, toma su forma, su figura, su inscripción física en el cuerpo mismo del médico.

Pero ese poder del médico, por supuesto, no es el único que se ejerce; pues en el asilo, como en todas partes, el poder no es nunca lo que alguien tiene, y tampoco lo que emana de alguien. El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc. El poder puede empezar a funcionar en ese sistema de diferencias, que será preciso analizar.

En consecuencia, alrededor del médico tenemos toda una serie de relevos, los principales de los cuales son los siguientes.

En primer lugar, los vigilantes, a quien Fodéré reserva la tarea de informar sobre los enfermos, ser la mirada no armada, no erudita, una especie de canal óptico a través del cual va a funcionar la mirada erudita, es decir, la

[8] François Emmanuel Fodéré, *Traité du délire*..., *op. cit.*, t. II, sec. VI, cap. 3, "Du choix des administrateurs, des médecins, des employés et des servants", pp. 230-231.

mirada objetiva del propio psiquiatra. Esa mirada de relevo, a cargo de los vigilantes, es también una mirada que debe recaer sobre los sirvientes, esto es, los poseedores del último eslabón de la autoridad. El vigilante, entonces, es a la vez el amo de los últimos amos y aquel cuyo discurso, la mirada, las observaciones y los informes deben permitir la constitución del saber médico. ¿Quiénes son los vigilantes? ¿Cómo deben ser?

> En un vigilante de insensatos es menester buscar una contextura corporal bien proporcionada, músculos llenos de fuerza y vigor, un continente orgulloso e intrépido cuando llegue el caso, una voz cuyo tono, de ser necesario, *sea fulminante; además, el vigilante debe ser* de una *probidad severa*, de costumbres puras, de una firmeza compatible con formas suaves y persuasivas [...] y de una docilidad absoluta a las órdenes del médico.[9]

Para terminar –paso por alto unos cuantos relevos–, la última etapa está constituida por los sirvientes, que poseen un muy curioso poder. En efecto, el sirviente es el último relevo de esa red, de esa diferencia de potencial que recorre el asilo a partir del poder del médico; es, por lo tanto, el poder de abajo. Pero no está simplemente abajo por ser el último escalón de esa jerarquía; también está abajo porque debe estar debajo del enfermo. No debe ponerse tanto al servicio de los vigilantes que están por encima de él como al servicio de los propios enfermos; y en esa posición de servicio de los enfermos no deben hacer, en realidad, más que el simulacro de dicho servicio. En apariencia obedecen sus órdenes, los asisten en sus necesidades materiales, pero de tal manera que, por una parte, el comportamiento de los enfermos pueda ser observado desde atrás, desde abajo, en el nivel de las órdenes que pueden dar, en vez de ser mirados desde arriba, como lo hacen los vigilantes y los médicos. En cierto modo, por ende, los sirvientes darán vuelta en torno a los enfermos y los mirarán en el plano de su cotidianidad y, de alguna manera, en la cara interna de la voluntad que ejercen, de los deseos que tienen; y el sirviente va a informar lo que es digno de nota al vigilante, quien a su vez lo informará al médico. Al mismo tiempo, será él quien, cuando el enfermo dé órdenes que no deben cumplirse, tendrá la misión

[9] *Ibid.*, p. 237.

–mientras finge estar a su servicio, obedecerle y, por consiguiente, no tener voluntad autónoma– de no hacer lo que el enfermo pide, remitiéndose para ello a la gran autoridad anónima que es la del reglamento e, incluso, a la voluntad singular del médico. Como resultado, el enfermo, que se ve rodeado por la observación del sirviente, también estará rodeado por la voluntad del médico, con la cual va a toparse en el momento mismo en que dé al sirviente una serie de órdenes; en ese simulacro de servicio quedará asegurada la cobertura del enfermo por la voluntad del médico o por el reglamento general del asilo.

La siguiente es la descripción de los sirvientes en esa posición de merodeo:

> § 398. Los sirvientes o guardianes deben ser altos, fuertes, probos, inteligentes, limpios en su persona y en su vestimenta. A fin de tratar con tiento la extrema sensibilidad de algunos alienados, sobre todo con respecto al *pundonor, convendrá casi siempre* que *los sirvientes aparezcan* ante ellos como sus domésticos y no como sus guardianes [...] Sin embargo, como tampoco deben obedecer a los locos y a menudo se ven incluso obligados a reprimirlos, para casar la idea de doméstico con la negativa de obediencia y descartar cualquier desavenencia, será tarea del vigilante insinuar hábilmente a los enfermos que quienes los sirven han recibido ciertas instrucciones y órdenes del médico, que no pueden pasar por alto sin obtener antes el permiso inmediato de hacerlo.[10]

Tenemos por lo tanto este sistema de poder que funciona dentro del asilo y tuerce el sistema reglamentario general, sistema de poder asegurado por una multiplicidad, una dispersión, un sistema de diferencias y jerarquías, pero más precisamente aún por lo que podríamos llamar una disposición táctica en la cual los distintos individuos ocupan un sitio determinado y cumplen una serie de funciones específicas. Como ven, se trata de un funcionamiento táctico del poder o, mejor, esa disposición táctica permite el ejercicio del poder.

Y si retomamos lo que el mismo Pinel decía sobre la posibilidad de obtener una observación en el asilo, veremos que esa observación, garantía de la

[10] *Ibid.*, pp. 241-242.

objetividad y la verdad del discurso psiquiátrico, sólo es posible en virtud de una distribución táctica relativamente compleja; digo "relativamente compleja" porque lo que acabo de señalar es aún muy esquemático. Pero, de hecho, si hay en efecto ese despliegue táctico y deben tomarse tantas precauciones para llegar, después de todo, a algo tan simple como la observación, se debe muy probablemente a que en ese campo reglamentario del asilo hay algo que es un peligro, una fuerza. Para que el poder se despliegue con tanta astucia o, mejor dicho, para que el universo reglamentario sea recorrido por esa especie de relevos de poder que lo falsean y distorsionan, pues bien, puede decirse con mucha verosimilitud que en el corazón mismo de ese espacio hay un poder amenazante que es preciso dominar o vencer.

En otras palabras, si llegamos a una disposición táctica semejante, es sin duda porque el problema, antes de ser o, más bien, para poder ser el problema del conocimiento, de la verdad de la enfermedad y de su curación, debe *ser un problema de victoria. En este asilo se organiza entonces*, *efectivamente*, un campo de batalla.

Y bien, a quien debe dominarse es, por supuesto, al loco. Hace un momento cité la curiosa definición del loco dada por Fodéré, para quien éste es quien se cree "por encima de los otros".[11] De hecho, así aparece efectivamente el loco dentro del discurso y la práctica psiquiátricos de principios del siglo XIX, y así encontramos ese gran punto de inflexión, ese gran clivaje del que ya hemos hablado, la desaparición del criterio del error para la definición, para la atribución de la locura.

Hasta fines del siglo XVIII, en términos generales –y esto incluso en los informes policiales, las *lettres de cachet*, los interrogatorios, etc., que pudieron [llevarse a cabo con]* individuos en hospicios como Bicêtre o Charenton–, decir que alguien era loco, atribuirle locura, siempre era decir que se engañaba, en qué sentido, sobre qué punto, de qué manera, hasta qué límite se engañaba; en el fondo, lo que caracterizaba a la locura era el sistema de creencia. Ahora bien, a principios del siglo XIX vemos aparecer de manera muy repentina un criterio de reconocimiento y atribución de la locura que

[11] *Ibid.*, p. 230.

* Grabación: hacerse.

es absolutamente distinto; iba a decir que se trata de la voluntad, pero no es exacto; en realidad, lo que caracteriza al loco, el elemento por el cual se le atribuye la locura a partir de comienzos del siglo XIX, digamos que es la insurrección de la fuerza, el hecho de que en él se desencadena cierta fuerza, no dominada y quizás indominable, y que adopta cuatro grandes formas según el ámbito donde se aplica y el campo en el que hace estragos.

Tenemos la fuerza pura del individuo a quien, de acuerdo con la caracterización tradicional, se denomina "furioso".

Tenemos la fuerza en cuanto se aplica a los instintos y las pasiones, la fuerza de esos instintos desatados, la fuerza de esas pasiones sin límite; y esto caracterizará justamente una locura que no es una locura de error, una locura que no implica ilusión alguna de los sentidos, ninguna falsa creencia, ninguna alucinación, y se la llama manía sin delirio.

En tercer lugar tenemos una suerte de locura que se adosa a las ideas mismas, que las trastorna, las vuelve incoherentes, las hace chocar unas contra otras, y a esto se denomina manía.

Por último tenemos la fuerza de la locura cuando se ejerce, ya no en el dominio general de las ideas así sacudidas y entrechocadas, sino en una idea específica que, finalmente, encuentra un refuerzo indefinido y va a inscribirse obstinadamente en el comportamiento, el discurso, el espíritu del enfermo; es lo que recibe el nombre de melancolía o de monomanía.

Y la primera gran distribución de esa práctica asilar a principios del siglo XIX retranscribe con mucha exactitud lo que pasa en el interior mismo del asilo, es decir, el hecho de que ya no se trata en absoluto de reconocer el error del loco sino de situar con toda precisión el punto en que la fuerza desatada de la locura lanza su insurrección: cuál es el punto, cuál es el ámbito, con respecto a qué va a aparecer y desencadenarse la fuerza para trastornar por completo el comportamiento del individuo.

Por consiguiente, la táctica del asilo en general y, de una manera más particular, la táctica individual que aplicará el médico a tal o cual enfermo en el marco general de ese sistema de poder, se ajustará y deberá ajustarse a la caracterización, la localización, el ámbito de aplicación de esa explosión de la fuerza y su desencadenamiento. De modo que, si ése es en efecto el objetivo de la táctica asilar, si ése es el adversario de esta táctica, la gran fuerza desatada de la locura, pues bien, ¿en qué puede consistir la curación, como

no sea en el sometimiento de dicha fuerza? Y así encontramos en Pinel esa definición muy simple pero fundamental, creo, de la terapéutica psiquiátrica, definición que no constataremos antes de esa época a pesar del carácter rústico y bárbaro que puede presentar. La terapéutica de la locura es "el arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas".[12]

En esta definición de la operación terapéutica propuesta por Pinel, tengo la impresión de que se vuelve a cruzar en diagonal todo lo que les he dicho. Ante todo, el principio de la estricta dependencia del enfermo con respecto a cierto poder; ese poder sólo puede encarnarse en un hombre y únicamente en un hombre, quien lo ejerce no tanto a partir y en función de un saber como en función de cualidades físicas y morales que le permiten desplegar un influjo sin límites, un influjo irresistible. Sobre la base de esto resulta posible el cambio del encadenamiento vicioso de las ideas, esa ortopedia moral, por darle algún nombre, a partir de la cual la curación es factible. Por eso, en definitiva, en esta protopráctica psiquiátrica encontramos escenas y una batalla como acto terapéutico fundamental.

En la psiquiatría de la época vemos distinguirse con mucha claridad dos tipos de intervenciones. Una que, durante el primer tercio del siglo XIX, es objeto de una descalificación constante y regular: la práctica propiamente médica o medicamentosa. Y además constatamos, en contraste, el desarrollo de una práctica que se denomina "tratamiento moral", definido en primer lugar por los ingleses, esencialmente por Haslam, y muy pronto adoptada en Francia.[13]

[12] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique…*, *op. cit.*, sec. II, § VI, "Avantages de l'art de diriger les aliénés pour seconder les effets des médicaments", p. 58.

[13] El "tratamiento moral" que se desarrolla a fines del siglo XVIII reúne todos los medios de intervención sobre el psiquismo de los enfermos, en contraste con el "tratamiento físico" que actúa sobre el cuerpo a través de remedios y medios de contención. En 1791, a raíz del fallecimiento de la mujer de un cuáquero, ocurrida en condiciones sospechosas en el asilo del condado de York, William Tuke (1732-1822) propone la creación de un establecimiento destinado a recibir a los miembros de la "Sociedad de los Amigos" afectados de trastornos mentales. El Retiro abre sus puertas el 11 de mayo de 1796 (cf. clase del 5 de diciembre de 1973, nota 18). John Haslam, boticario del hospital de Bethlehem antes de llegar a ser doctor

Y este tratamiento moral no es en absoluto, como podría imaginarse, una especie de proceso de largo aliento que tenga esencialmente como función primera y última poner de manifiesto la verdad de la locura, poder observarla, describirla, diagnosticarla y, a partir de ello, definir la terapia. La operación terapéutica que se formula en esos años, entre 1810 y 1830, es una escena: una escena de enfrentamiento. Esta escena de enfrentamiento puede asumir dos aspectos. Uno incompleto, por decirlo de algún modo, y que es como la operación de desgaste, de prueba, no llevada a cabo por el médico –pues éste debe ser evidentemente soberano– sino por el vigilante.

De este primer esbozo de la gran escena hay un ejemplo en el *Traité médico-philosophique* de Pinel. En presencia de un alienado furioso, el vigilante

> se acerca con apariencia intrépida pero lentamente y paso a paso hacia el alienado, sin llevar tipo alguno de arma para evitar exasperarlo; le habla con el tono más firme y amenazante mientras avanza y, mediante conminaciones atinadas, sigue atrayendo toda su atención para sustraerle la visión de lo que ocurre a su lado. Órdenes precisas e imperiosas de obedecer y someterse: un poco desconcertado por ese continente altivo del

---

en medicina en 1816, elabora los principios de ese establecimiento en sus obras (cf. *supra*, nota 6). En Francia, Pinel retoma el principio en sus "Observations sur le régime moral qui est le plus propre à rétablir, dans certains cas, la raison égarée des maniaques", *Gazette de Santé*, 4, 1789, pp. 13-15, y en su informe "Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés", *Mémoires de la Société Médicale d'Émulation. Section Médecine*, 2, 1798, pp. 215-255; ambos trabajos se reeditaron con modificaciones en el *Traité médico-philosophique*..., *op. cit.*, sec. II, pp. 46-105. Étienne Jean Georget (1795-1828) sistematiza sus principios en *De la folie. Considérations sur cette maladie: son siège et ses symptômes, la nature et le mode d'action de ses causes; sa marche et ses terminaisons; les différences qui la distinguent du délire aigu; les moyens du traitement qui lui conviennent; suivies de recherches cadavériques*, París, Crevot, 1820. François Leuret (1797-1851) hará hincapié en la relación entre el médico y el enfermo; cf. *Du traitement moral de la folie*, París, J.-B. Baillière, 1840 [trad. esp.: *El tratamiento moral de la locura*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001]. Véanse las páginas que Michel Foucault le dedica en la *Histoire de la folie à l'âge classique*, tercera parte, cap. 4, "Naissance de l'asile", París, Gallimard, 1972, pp. 484-487, 492-496, 501-511 y 523-527 [trad. esp.: *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1976]. Cf. también Robert Castel, "Le traitement moral. Thérapeutique mentale et contrôle social au XIX[e] siècle", *Topique*, 2, febrero de 1970, pp. 109-129.

> vigilante, el alienado pierde de vista todos los demás objetos y, a una señal, se ve rodeado de improviso por el personal de servicio, que se acercaba a paso lento y como quien no quiere la cosa; cada uno de los sirvientes toma uno de los miembros del furioso, uno un brazo, otro un muslo o una pierna.[14]

Como complemento, Pinel aconseja utilizar una serie de instrumentos, por ejemplo "un semicírculo de hierro" en el extremo de una larga pértiga, de manera tal que, cuando el alienado queda fascinado por la altivez del vigilante, sólo presta atención a él y no ve que se le acercan, en ese momento, se tiende en su dirección esa especie de lanza terminada en un semicírculo y se lo sujeta contra la pared, para dominarlo. Aquí tenemos, si quieren, la escena imperfecta, la reservada al vigilante, consistente en quebrar la fuerza desatada del alienado mediante una especie de violencia astuta y repentina.

Pero es evidente que no se trata de la gran escena de la curación. La escena de la curación es una escena compleja. He aquí un ejemplo famoso del *Traité médico-philosophique* de Pinel. Se refiere a un hombre joven "dominado por prejuicios religiosos" y que creía que, para asegurarse la salvación, debía "imitar las abstinencias y mortificaciones de los antiguos anacoretas", es decir, negarse no sólo todos los placeres de la carne, desde luego, sino también toda alimentación. Y resulta que un día rechaza con más dureza que de costumbre una sopa que le sirven:

> El ciudadano Pussin se presenta al anochecer en la puerta de su celda, con un aparato ["aparato" en el sentido del teatro clásico, claro está; M. F.] digno de espanto, los ojos inyectados, un tono de voz aterrador, un grupo de servidores apiñados a su alrededor y armados con cadenas que agitan con estrépito; se pone un plato de sopa frente a él y se lo intima con la orden más precisa a tomarla durante la noche si no quiere sufrir los tratamientos más crueles; el personal se retira y se lo deja en el más penoso estado de vacilación, entre la idea del castigo que lo amenaza y la perspectiva pavorosa de los tormentos de la otra vida. Luego de un com-

[14] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique…, op. cit.*, sec. II, § XXI, "Caractère des aliénés les plus violents et dangereux, et expédiens à prendre pour les réprimer", pp. 90-91.

> bate interior de varias horas se impone la primera idea y el enfermo decide tomar su alimento. Se lo somete a continuación a un régimen apto para restaurarlo; el sueño y las fuerzas vuelven por etapas, así como el uso de la razón, y él escapa de este modo a una muerte segura. Durante su convalecencia me confiesa a menudo sus agitaciones crueles y sus perplejidades a lo largo de la noche de la prueba.[15]

Tenemos aquí una escena que, a mi entender, es muy importante en su morfología general.

En primer lugar, como ven, la operación terapéutica no pasa en modo alguno por el reconocimiento, efectuado por el médico, de las causas de la enfermedad. Para que su operación tenga buenos resultados, el médico no requiere ningún trabajo diagnóstico o nosográfico, ningún discurso de verdad.

Segundo, es una operación cuya importancia radica en que no se trata de ninguna manera, en un caso como éste y en todos los casos similares, de aplicar una receta técnica médica a algo que se considere como un proceso o comportamiento patológico; se trata del enfrentamiento de dos voluntades: la del médico y de quien lo representa, por un lado, y la del enfermo, por otro. Por lo tanto, se entabla una batalla y se establece una relación de fuerza determinada.

Tercero, el primer efecto de esa relación de fuerza consiste, en cierto modo, en suscitar una segunda relación de fuerza dentro mismo del enfermo, pues la cuestión está en generar un conflicto entre la idea fija a la cual él se ha aferrado y el temor al castigo: un combate que provoca otro. Y ambos deben, cuando la escena tiene un buen final, remitir a una victoria, la victoria de una idea sobre otra, que debe ser al mismo tiempo la victoria de la voluntad del médico sobre la del enfermo.

Cuarto, lo importante en esta escena es que sobreviene efectivamente un momento en que la verdad sale a la luz: el momento en que el enfermo reconoce que su creencia en la necesidad de ayunar para obtener su salvación era errónea y delirante, cuando reconoce lo ocurrido y confiesa que ha atravesado una serie de fluctuaciones, vacilaciones, tormentos, etc. Para resumir, en

[15] *Ibid.*, sec. II, § VIII, "Avantage d'ébranler fortement l'imagination d'un aliéné dans certains cas", pp. 60-61.

esta escena en la cual hasta el momento la verdad no tuvo ningún papel, el relato mismo del enfermo constituye el momento en que ella resplandece.

Último punto: cuando esa verdad se ha alcanzado de tal modo, pero por conducto de la confesión y no a través de un saber médico reconstituido, en el momento concreto de la confesión, se efectúa, se cumple y se sella el proceso de curación.

Aquí tenemos entonces toda una distribución de la fuerza, del poder, del acontecimiento, de la verdad, que no es de manera alguna lo que podemos encontrar en un modelo que cabría llamar médico, y que en esa misma época estaba constituyéndose en la medicina clínica. Es posible decir que en la medicina clínica de esos días se constituía cierto modelo epistemológico de la verdad médica, de la observación, de la objetividad, que iba a permitir a la medicina inscribirse efectivamente dentro de un dominio de discurso científico en el que coincidiría, con sus modalidades propias, con la fisiología, la biología, etc. Lo que ocurre en ese período de 1800 a 1830 es, creo, algo bastante diferente de lo que suele suponerse. A mi parecer, comúnmente se interpreta lo ocurrido durante esos treinta años como el momento en que la psiquiatría llega por fin a inscribirse dentro de una práctica y un saber médicos a los cuales, hasta entonces, había sido relativamente ajena. Suele pensarse que la psiquiatría aparece en ese momento, por primera vez, como una especialidad dentro del dominio médico.

A mi entender –sin plantear aún el problema de por qué una práctica como ésta pudo verse efectivamente como una práctica médica, por qué fue necesario que las personas encargadas de esas operaciones fueran médicos, y por lo tanto sin tener en cuenta ese problema–, entre aquellos a quienes podemos considerar como los fundadores de la psiquiatría, la operación médica que llevan a cabo cuando curan no tiene, en su morfología, en su disposición general, virtualmente nada que ver con lo que está entonces en proceso de convertirse en la experiencia, la observación, la actividad diagnóstica y el proceso terapéutico de la medicina. En ese nivel y ese momento, este acontecimiento, esta escena, este procedimiento son, a mi parecer, absolutamente irreductibles a lo que ocurre en la misma época en medicina.

Será esta heterogeneidad, por lo tanto, la que marcará la historia de la psiquiatría en el momento mismo en que se funda dentro de un sistema de instituciones que, sin embargo, la asocia a la medicina. Pues todo eso, esa

puesta en escena, la organización del espacio asilar y el desencadenamiento y desarrollo de estas escenas sólo son posibles, aceptados e institucionalizados *en el interior de establecimientos que reciben en la época el estatus médico,* y de parte de gente que tiene una calificación médica.

* * *

Con ello tenemos, si se quiere, un primer paquete de problemas. Éste es el punto de partida de lo que querría estudiar este año. A grandes rasgos, es sin duda el punto de llegada o, en todo caso, de interrupción del trabajo que hice antaño en la *Historia de la locura.*[16] Me gustaría retomar las cosas en ese punto de llegada, pero con unas cuantas diferencias. Me parece que en ese trabajo, del que me sirvo como referencia porque para mí es una especie de *background* del trabajo que hago ahora, había una serie de cosas que eran perfectamente criticables, sobre todo en el último capítulo, donde llegaba precisamente al poder asilar.

En primer lugar, creo que, con todo, me había quedado en un análisis de las representaciones. Me parece que había intentado estudiar sobre todo la imagen existente de la locura en los siglos XVII y XVIII, el temor que despertaba, el saber que se forjaba sobre ella, fuera tradicionalmente, fuera de acuerdo con modelos botánicos, naturalistas, médicos, etc. Yo había situado ese *núcleo de representaciones, de imágenes tradicionales o no, de fantasmas, de* saber, etc., esa especie de núcleo de representaciones, como punto de partida, como lugar donde tienen origen las prácticas introducidas en relación con la locura en los siglos XVII y XVIII. En síntesis, había privilegiado lo que podríamos llamar la percepción de la locura.[17]

[16] Michel Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Plon, 1961.

[17] Por ejemplo, en la *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), primera parte, cap. V, "Les insensés", pp. 169 y 174; segunda parte, cap. I, "Le fou au jardin des espèces", p. 223, y tercera parte, cap. II, "Le nouveau partage", pp. 407 y 415. El punto de partida de esa crítica de la noción de "percepción" o "experiencia" se encuentra en Michel Foucault, *L'Archéologie du savoir*, París, Gallimard, 1969, col. "Bibliothèque des sciences humaines", cap. III, "La formation des objets", y cap. IV, "La formation des modalités énonciatives", pp. 55-74 [trad. esp.: *La arqueología del saber*, México, Siglo XXI, 1972].

Ahora bien, querría intentar ver, en ese segundo volumen, si es posible hacer un análisis radicalmente diferente; esto es, si no se puede poner como punto de partida del análisis, ya no esa especie de núcleo representativo que remite por fuerza a una historia de las mentalidades, del pensamiento, sino un dispositivo de poder. Vale decir: ¿en qué medida puede un dispositivo de poder ser productor de una serie de enunciados, de discursos y, por consiguiente, de todas las formas de representaciones que a continuación pueden [...]* derivarse de él?

El dispositivo de poder como instancia productora de la práctica discursiva. En este aspecto, el análisis discursivo del poder estaría, con respecto a lo que llamo arqueología, no digamos en un nivel "fundamental", palabra que no me gusta mucho, sino en un nivel que permitiría captar la práctica discursiva en el punto preciso donde se forma. ¿A qué hay que referir y dónde hay que buscar esa formación de la práctica discursiva?

No se puede evitar, me parece, pasar por algo así como la representación, el sujeto, etc., y apelar, por lo tanto, a una psicología y una filosofía totalmente constituidas, si se busca la relación entre práctica discursiva y, digamos, estructuras económicas, relaciones de producción, etc. A mi juicio, el problema que está en juego es el siguiente: en el fondo, ¿no son justamente los dispositivos de poder, con lo que la palabra "poder" aún tiene de enigmático y será preciso explorar, el punto a partir del cual debemos poder asignar la formación de las prácticas discursivas? ¿Cómo pueden ese ordenamiento del poder, esas tácticas y estrategias del poder, dar origen a afirmaciones, negaciones, experiencias, teorías, en suma, a todo un juego de la verdad? Dispositivo de poder y juego de la verdad, dispositivo de poder y discurso de verdad: es esto lo que querría examinar este año, retomando en el punto que ya mencioné, el psiquiatra y la locura.

La segunda crítica que hago a ese último capítulo es que recurrí –aunque, después de todo, no puedo decir que lo hice de manera demasiado consciente, porque era muy ignorante de la antipsiquiatría y, en particular, de la psicosociología de la época–, implícita o explícitamente, a tres nociones que me parecen cerraduras enmohecidas con las cuales no se puede adelantar mucho.

* Grabación: formarse y.

En primer término, la noción de violencia.[18] En efecto, lo que me sorprendió en ese momento al leer a Pinel, Esquirol, etc., fue que, al contrario de lo que contaban los hagiógrafos, tanto ellos como los demás recurrían mucho a la fuerza *física*; y, por consiguiente, me pareció que no se podía poner la reforma de Pinel bajo la rúbrica de un humanismo, porque toda su práctica estaba todavía atravesada por algo como la violencia.

Ahora bien, si es cierto que no se puede asignar la reforma de Pinel a la categoría del humanismo, no creo que sea porque recurre a la violencia. Cuando se habla de violencia, en efecto –y la noción me fastidia en este aspecto–, siempre se tiene en mente algo así como una especie de connotación *relacionada con un poder físico*, un poder *irregular, pasional: un poder desatado*, por decirlo de alguna manera. Sin embargo, la noción me parece peligrosa porque, por un lado, al esbozar así un poder físico, irregular, etc., deja suponer que el buen poder o el poder a secas, no atravesado por la violencia, no es un poder físico. Por mi parte, empero, creo al contrario que lo esencial en todo poder es que su punto de aplicación siempre es, en última instancia, el cuerpo. Todo poder es físico, y entre el cuerpo y el poder político hay una *conexión directa*.

Además, esta noción de violencia no me parece muy satisfactoria porque induce a creer que el despliegue físico de una fuerza desequilibrada no forma parte de un juego racional, calculado, manejado del ejercicio del poder. Ahora bien, los ejemplos que les mencioné hace un instante prueban sin lugar a dudas que el poder, tal como se ejerce en un asilo, es un poder meticuloso, calculado, cuyas tácticas y estrategias están perfectamente definidas; y en el interior mismo de esas estrategias se ve con mucha exactitud cuáles son el lugar y el papel de la violencia, si damos este nombre al despliegue físico de una fuerza enteramente desequilibrada. Aprehendido en sus ramificaciones últimas, en su nivel capilar, donde afecta al propio individuo, el poder es físico y, por eso mismo, violento, en cuanto es perfectamente irregular; no

[18] La noción de violencia sirve de base a los análisis de los modos de tratamiento emprendidos en la segunda parte de la *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), cap. IV, "Médecins et malades", pp. 327-328 y 358, y la tercera parte, cap. IV, "Naissance de l'asile", pp. 497, 502-503, 508 y 520. (Cf. *infra*, "Situación del curso".)

en el sentido de ser desatado sino, al contrario, de obedecer a todas las disposiciones de una especie de microfísica de los cuerpos.

La segunda noción a la que me referí y, me parece, de manera no muy satisfactoria, es la de institución.[19] Había supuesto posible decir que, a partir de principios del siglo XIX, el saber psiquiátrico tomó las formas y las dimensiones que se le conocen, en conexión con lo que podríamos llamar institucionalización de la psiquiatría; más precisamente aún, con una serie de instituciones entre las cuales el asilo era la forma más importante. Ahora bien, ya no creo que la noción de institución sea muy satisfactoria. Según mi criterio, oculta cierta cantidad de peligros, porque a partir del momento en que se habla de institución se habla, en el fondo, a la vez de individuos y de colectividad, ya se descuenta la existencia del individuo, la colectividad y las reglas que los gobiernan y, por ende, se pueden meter ahí dentro todos los discursos psicológicos o sociológicos.*

Cuando en realidad sería preciso indicar que lo esencial no es la institución con su regularidad y sus reglas sino justamente esos desequilibrios de poder sobre los cuales traté de mostrarles que falseaban y al mismo tiempo hacían funcionar la regularidad del asilo. Lo importante, entonces, no son las regularidades institucionales sino, mucho más, las disposiciones de poder, las redes, las corrientes, los relevos, los puntos de apoyo, las diferencias de potencial que caracterizan una forma de poder y que son, creo, precisamente constitutivos a la vez del individuo y de la colectividad.

El individuo sólo es, a mi entender, el efecto del poder en cuanto éste es un procedimiento de individualización. Y el individuo, el grupo, la colectividad, la institución, aparecen contra el fondo de esa red de poder, y funcionan en sus diferencias de potencial y sus desvíos. En otras palabras, antes de vérselas con las instituciones, es necesario ocuparse de las relaciones de fuerza en esas disposiciones tácticas que atraviesan las instituciones.

Por último, la tercera noción a la cual me referí para explicar el funcionamiento del asilo a comienzos del siglo XIX fue la familia; en líneas generales, traté de mostrar que la violencia de Pinel [o] de Esquirol había consistido en

[19] Así, los análisis dedicados al "nacimiento del asilo", *ibid.*, pp. 483-530.

* El manuscrito agrega: "La institución neutraliza las relaciones de fuerza o sólo las hace actuar en el espacio definido por ella".

introducir el modelo familiar en la institución asilar.[20] Ahora bien, creo que "violencia" no es la palabra adecuada e "institución" no es tampoco el nivel de análisis en el cual hay que situarse, y no me parece asimismo que haya que hablar de familia. En todo caso, al releer a Pinel, Esquirol, Fodéré, etc., encontré en definitiva muy escasos ejemplos de utilización de ese modelo familiar. Y no es cierto que el médico intente reactivar la imagen o el personaje del padre dentro del espacio asilar; eso se dará mucho más adelante, al final mismo, creo, de lo que podemos llamar el episodio psiquiátrico en la historia de la medicina, es decir sólo en el siglo XX.

No es la familia, no es tampoco el aparato del Estado; y sería igualmente falso, creo, decir como se dice a menudo que la práctica asilar, el poder psiquiátrico, no hacen otra cosa que reproducir la familia en beneficio o a pedido de cierto control estatal, organizado por un aparato del Estado.[21] Ni el aparato del Estado puede servir de fundamento* ni la familia puede hacer de modelo [...]** en esas relaciones de poder que estamos en condiciones de señalar en el interior de la práctica psiquiátrica.

A mi juicio, el problema que se plantea –si prescindimos de esas nociones y modelos, vale decir, si pasamos por alto el modelo familiar, la norma, si lo prefieren, del aparato del Estado, la noción de institución, la noción de violencia– es analizar esas relaciones de poder propias de la práctica psiquiátrica, en cuanto –y éste será el objeto del curso– son productoras de una se-

[20] Sobre el papel del modelo familiar en la reorganización de las relaciones entre locura y razón y la constitución del asilo, cf. Michel Foucault, *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), pp. 509-511.

[21] Alusión a los análisis de Louis Althusser, que introduce el concepto de "aparato del Estado" en su artículo "Idéologie et appareils idéologiques d'État. Notes pour une recherche", en *La Pensée. Revue du Rationalisme Moderne*, 151, junio de 1970, pp. 3-38 [trad. esp.: *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1974]; reeditado en *Positions (1964-1975)*, París, Éditions Sociales, 1976, pp. 65-125 [trad. esp.: *Posiciones*, Barcelona, Anagrama, 1977].

* El manuscrito precisa: "No se puede utilizar la noción de aparato del Estado porque es demasiado amplia, demasiado abstracta para designar esos poderes inmediatos, minúsculos, capilares, que se ejercen sobre el cuerpo, el comportamiento, los gestos, el tiempo de los individuos. El aparato del Estado no explica esta microfísica del poder".

** Grabación: en lo que ocurre.

rie de enunciados que se presentan como enunciados legítimos. Por lo tanto, en lugar de hablar de violencia, me gustaría más hablar de microfísica del poder; en vez de hablar de institución, me gustaría más tratar de ver cuáles *son las tácticas puestas en acción en esas prácticas que se enfrentan*; en lugar de hablar de modelo familiar o de "aparato del Estado", querría intentar ver la estrategia de esas relaciones de poder y esos enfrentamientos que se despliegan en la práctica psiquiátrica.

Ustedes me dirán que está muy bien haber sustituido violencia por microfísica del poder, institución por táctica, modelo familiar por estrategia, pero ¿acaso avancé? He evitado términos que permitían introducir el vocabulario psicosociológico en todos estos análisis, y ahora estoy frente a un vocabulario pseudomilitar que no debe gozar de mucha mejor fama. Pero vamos a tratar de ver qué se puede hacer con eso.*

* El manuscrito (hojas 11-23) proseguía con la cuestión de definir el problema actual de la psiquiatría y proponía un análisis de la antipsiquiatría.

Clase del 14 de noviembre de 1973

Escena de curación: Jorge III. De la "macrofísica de la soberanía" a la "microfísica del poder" disciplinario – La nueva figura del loco – Pequeña enciclopedia de las escenas de curación – Práctica de la hipnosis e histeria – La escena psicoanalítica; escena antipsiquiátrica – Mary Barnes en Kingsley Hall – Manipulación de la locura y estratagema de verdad: Mason Cox.

DOY POR DESCONTADO que todos conocen lo que pasa por ser la gran escena fundadora de la psiquiatría moderna –bueno, de la psiquiatría a secas–, inaugurada a principios del siglo XIX. Me refiero a la famosa escena de Pinel, quien, en lo que todavía no es exactamente un hospital, Bicêtre, dispone que se eliminen las cadenas que retienen a los locos furiosos en el fondo de sus celdas; y esos locos, a los que se encadenaba porque se temía que, de dejarlos libres, dieran rienda suelta a su furor, esos furiosos, apenas liberados de sus cadenas, expresan su reconocimiento a Pinel y entran, por eso mismo, en el camino de la curación. Tal es entonces la que pasa por la escena inicial, fundacional de la psiquiatría.[1]

[1] "Philippe Pinel liberando de sus cadenas a los alienados del hospicio de Bicêtre" –donde, designado el 6 de agosto de 1793, asume sus funciones de "médico de las enfermerías" el 11 de septiembre del mismo año– es la versión que da su hijo mayor, Scipion Pinel (1795-1859), remontándola a 1792, en un artículo apócrifo atribuido a su padre: "Sur l'abolition des chaînes des aliénés, par Philippe Pinel, membre de l'Institut. Note extraite de ses cahiers, communiquée par M. Pinel fils", en *Archives Générales de Médecine*, año 1, t. 2, mayo de 1823, pp. 15-17; y comunicación a la Academia de Medicina: "Bicêtre en 1792. De l'abolition des chaînes", en *Mémoires de l'Académie de Médecine*, 5, 1856, pp. 32-40. El pintor Charles Müller lo inmortaliza en 1849 en un cuadro titulado *Pinel fait enlever les fers aux alié-*

Ahora bien, en realidad hay otra escena que no tuvo la fortuna de ésta, aun cuando en la época, por razones que es fácil comprender, disfrutó de mucha repercusión. Se trata de una escena no sucedida en Francia sino en Inglaterra –y por otra parte, relatada con cierto detalle por Pinel en el *Traité médico-philosophique* del año IX (1800)– y que, como verán enseguida, no dejó de tener una especie de fuerza, de prestancia plástica, no tanto en la época en que ocurrió –se sitúa en 1788–, sino cuando fue conocida en Francia y por último en toda Europa, cuando los reyes, digamos, habían adquirido cierta costumbre de perder la cabeza. Y esta escena es importante porque presenta exactamente lo que por entonces era la práctica psiquiátrica como manipulación reglamentada y concertada de las relaciones de poder.

He aquí el texto de Pinel, que fue el que circuló en Francia y dio a conocer el asunto:

> Un monarca [Jorge III de Inglaterra; M. F.] cae en la manía y, para que su curación sea más rápida y sólida, no se pone ninguna restricción a las medidas de prudencia de quien lo dirige [adviertan la palabra: es el médico; M. F.]; por ello, todo el aparato de la realeza se desvanece, el alienado, alejado de su familia y de todo lo que lo rodea, queda confinado en un palacio aislado y se lo encierra solo en una recámara cuyos cristales y muros se cubren de colchones para impedir que se hiera. Quien dirige el tratamiento le informa que ya no es soberano y le advierte que en lo sucesivo debe mostrarse dócil y sumiso. Dos de sus antiguos pajes, de una estatura hercúlea, quedan a cargo de atender sus necesidades y prestarle todos los servicios que su estado exige, pero también de convencerlo de que se encuentra bajo su entera dependencia y de que de allí en más debe obedecerlos. Guardan con él un tranquilo silencio, pero en cuanta oportunidad se les presenta le hacen sentir la superioridad de su fuerza. Un día, el alienado, en su fogoso delirio, recibe con mucha dureza a su antiguo médico durante su visita y lo embadurna con suciedades y basura. Uno de los pajes entra al punto a la recámara sin decir una palabra, toma por la cintura al delirante, también reducido a un estado de mugre re-

nés de Bicêtre. Michel Foucault se refiere a ello en *Histoire de la folie…*, *op. cit.* (1972), tercera parte, cap. IV, pp. 483-484 y 496-501.

pugnante, lo arroja con vigor sobre un montón de colchones, lo desviste, lo lava con una esponja, le cambia la ropa y, mirándolo con altivez, sale deprisa para retomar su puesto. Lecciones similares, reiteradas a intervalos durante algunos meses y secundadas por otros medios de tratamiento, han producido una curación sólida y sin recaídas.[2]

Querría hacer un breve análisis de los elementos de esta escena. Ante todo, hay algo que, a mi entender, es muy sorprendente en el texto de Pinel, y que éste tomó de Willis, el médico de Jorge III.[3] Creo que lo que aparece en primer lugar es, en el fondo, una ceremonia, una ceremonia de destitución, una especie de coronación al revés en la cual se indica con mucha claridad que se trata de poner al rey bajo una dependencia total; recuerden las palabras: "todo el aparato de la realeza se desvanece", y el médico, que en cierto modo es el operador de ese descoronamiento, esa desacralización, le informa de manera explícita que "ya no es soberano".

Decreto de destitución, por consiguiente: el rey queda reducido a la impotencia. Y me parece incluso que los "colchones" que lo rodean y que cumplen un papel [tan grande]* a la vez en el decorado y en la escena final, son

[2] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique…*, *op. cit.*, sec. V, "Police intérieure et surveillance à établir dans les hospices d'aliénés", § VII, "Les maniaques, durant leur accès, doivent-ils être condamnés à une réclusion étroite?", pp. 192-193. Jorge III (1738-1820), rey de Gran Bretaña e Irlanda, presentó varios episodios de trastornos mentales en 1765, 1788-1789, de febrero a julio de 1801 y desde octubre de 1810 hasta su muerte, el 29 de enero de 1820. Cf. Ida Macalpine y Richard Hunter, *George III and the Mad-Business*, Nueva York, Pantheon Books, 1969.

[3] *Sir Francis Willis (1718-1807), propietario de un establecimiento en Lincolnshire para* personas afectadas de trastornos mentales, fue convocado el 5 de diciembre de 1788 a Londres para testificar ante una comisión creada por el Parlamento a fin de pronunciarse sobre el estado del rey. Willis atendió a Jorge III hasta la remisión de sus perturbaciones en marzo de 1789; episodio mencionado por Philippe Pinel en "Observations sur le régime moral qui est le plus propre à rétablir...", *op. cit.* (1789), pp. 13-15 (reproducido en Jacques Postel, *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998, col. "Les Empêcheurs de penser en rond", pp. 194-197), y en el *Traité médico-philosophique…*, *op. cit.*, pp. 192-193 y 286-290, donde Pinel cita el *Report from the Committee Appointed to Examine the Physicians who Have Attended His Majesty during His Illness, touching the Present State of His Majesty's Health*, Londres, 1789.

* Grabación: un papel tan importante.

importantes. Esos colchones son lo que aísla al rey del mundo externo y, al mismo tiempo, le impiden tanto escuchar y ver como comunicar sus órdenes al exterior; es decir que por obra de ellos, todas las funciones esenciales de la monarquía quedan, en sentido estricto, puestas entre paréntesis. Y en lugar del cetro, de la corona, de la espada que debían hacer visible y sensible a todos los espectadores el poderío universal del rey reinante sobre su reino, en lugar de esos signos, ya sólo están los "colchones" que lo encierran y lo reducen, en el sitio en que se encuentra, a lo que es, es decir, a su cuerpo.

Destitución, caída del rey, entonces; pero no me da la impresión de que sea del mismo tipo de la que podríamos encontrar, digamos, en un drama shakespeariano: no se trata ni de Ricardo III ante el riesgo de caer bajo el poder de otro soberano,[4] ni del rey Lear despojado de su soberanía y errante a través del mundo en medio de la soledad, la miseria y la locura.[5] En realidad, la locura del rey [Jorge III], a diferencia de la locura del rey Lear que lo llevaba a errar a través del mundo, lo fija en un punto preciso y, sobre todo, lo hace caer bajo un poder de un tipo muy distinto de la soberanía y que, en mi opinión, se opone a ésta en todos los aspectos. Es un poder anónimo, sin nombre, sin rostro, un poder repartido entre diferentes personas; y es, sobre todo, *un poder que se manifiesta en el carácter implacable de un reglamento* que ni siquiera se formula pues, en el fondo, nada se dice, y en el texto se escribe con claridad que todos los agentes del poder permanecen mudos. En

[4] William Shakespeare, *The Tragedy of King Richard the Third*, drama histórico, compuesto entre fines de 1592 y principios de 1593, que describe el acceso al trono, en virtud de una usurpación, de Ricardo, duque de Gloucester, hermano del rey Eduardo IV, y finaliza con su muerte en la batalla de Bosworth. Cf. la versión francesa, *Richard III*, traducción de J. Malaplore, en *Œuvres complètes. Histoires II*, edición bilingüe, París, Robert Laffont, 1997, col. "Bouquins", pp. 579-585 [trad. esp.: *Ricardo III*, en *Obras completas I. Tragedias*, Madrid, Aguilar, 2003].

[5] William Shakespeare, *The Tragedy of King Lear* (representada en la corte el 26 de diciembre de 1606, publicada por primera vez en 1608 y luego en 1623, en una versión modificada). Cf. la versión francesa, *Le Roi Lear*, traducción de G. Monsarrat, en *Œuvres complètes. Tragédies II*, edición bilingüe, París, Robert Laffont, 1995, col. "Bouquins", pp. 371-581 [trad. esp.: *Rey Lear*, en *Obras completas I*..., *op. cit.*]. Michel Foucault se refiere a ella en *Histoire de la folie*..., *op. cit.* (1972), p. 49, y remite a la obra de André Adnès, *Shakespeare et la folie. Étude médico-psychologique*, París, Maloine, 1935. Volverá a mencionarla en el curso dictado en el Collège de France en 1983-1984, "Le gouvernement de soi et des autres. Le courage de la vérité", clase del 21 de marzo de 1984.

cierto modo, el mutismo del reglamento encubre el lugar que ha quedado vacío por el descoronamiento del rey.

No hay, por consiguiente, caída de un poder soberano bajo otro poder soberano, sino paso de un poder soberano, decapitado por la locura que se apoderó de la cabeza del rey y descoronado por esa especie de ceremonia que indica al monarca que ha perdido su soberanía, a un poder distinto. Y bien, *en lugar de ese poder decapitado y descoronado se instala un poder anónimo* múltiple, macilento, sin color, que es en el fondo el poder que llamaré de la disciplina. Un poder del tipo de la soberanía es reemplazado por un poder que podríamos calificar de disciplina y cuyo efecto no consiste en absoluto en consagrar el poder de alguien, concentrar el poder en un individuo visible y con nombre, sino en recaer únicamente en su blanco, sobre el cuerpo y la persona misma del rey descoronado, al que ese nuevo poder debe hacer "dócil y sumiso".[6]

Mientras el poder soberano se manifiesta esencialmente a través de los símbolos de la fuerza resplandeciente del individuo que lo posee, el poder disciplinario es un poder discreto, repartido; es un poder que funciona en red y cuya visibilidad sólo radica en la docilidad y la sumisión de aquellos sobre quienes se ejerce en silencio. Y esto es, creo, lo esencial de la escena: el afrontamiento, la sumisión, la articulación de un poder soberano con un poder disciplinario.

¿Quiénes son los agentes de ese poder disciplinario? Como se habrán dado cuenta, es muy curioso, pero el médico, quien ha organizado todo, quien sin duda es hasta cierto punto el elemento focal, el núcleo de ese sistema disciplinario, no aparece: Willis nunca se hace presente. Y cuando un poco más adelante encontremos a un médico en la escena, se tratará precisamente de un antiguo médico y no del propio Willis. ¿Cuáles son entonces los agentes del poder? Se dice que son dos antiguos pajes de estatura hercúlea.

Creo que aquí es necesario detenerse un poco, porque estos personajes también tienen una gran importancia en la escena. A título de hipótesis, y bajo reserva de error, diré que esa relación de los pajes hercúleos con el rey loco y despojado debe compararse con temas iconográficos. Me parece que la fuerza plástica de esta historia se debe en parte al hecho de que, justamen-

[6] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique…*, *op. cit.*, p. 192.

te, en ella hay elementos [...]* de la iconografía tradicional en la que se representa a los soberanos. Ahora bien, el rey y sus servidores son tradicionalmente representados de dos formas.

Una es la representación del rey guerrero, con coraza, en armas, el rey que despliega y pone de manifiesto su omnipotencia, el rey Hércules, si lo prefieren; y junto a él, por debajo, sometidos a esa suerte de poderío aplastante, personajes que son la representación de la sumisión, la debilidad, la derrota, la esclavitud, eventualmente la belleza. Ésa es, por decirlo de algún modo, una de las primeras oposiciones que encontramos en la iconografía del poderío real.

Tenemos otra posibilidad, con un juego de oposiciones, pero que se concreta de otra manera. Se trata del rey, no hercúleo sino de estatura humana, que está, en contraste, despojado de todos los signos visibles e inmediatos de la fuerza física; el rey únicamente cubierto por símbolos de su poder, el armiño, el cetro, el globo y luego, debajo de él o como acompañantes, la representación visible de una fuerza que le está sometida: los soldados, los pajes, los servidores que son la representación de una fuerza, pero una fuerza que en cierto modo es comandada en silencio por conducto de esos elementos simbólicos del poder: cetro, armiño, corona, etc. Me parece que, en líneas generales, así se representan en la iconografía las relaciones del rey con los servidores: siempre en la modalidad de la oposición, pero con la forma *de estas dos oposiciones.*

Ahora bien, en la escena relatada por Pinel y tomada de Willis encontramos los mismos elementos, pero en este caso desplazados y transformados por completo. Por una parte tenemos la fuerza salvaje del rey, que ha vuelto a ser la bestia humana, el rey que está exactamente en la posición de esos esclavos sometidos y encadenados a quienes veíamos en la primera de las versiones iconográficas que les mencionaba; y frente a ello, la fuerza contenida, disciplinada, serena de los servidores. En esta oposición del rey convertido en fuerza salvaje y los servidores que son la representación visible de una fuerza, pero de una fuerza disciplinada, creo que tenemos con claridad el punto de conexión entre una soberanía en proceso de desaparición y un poder disciplinario que está constituyéndose y encuentra su propio rostro, me

* Grabación: que forman parte.

parece, en esos pajes mudos, musculosos, suntuosos, a la vez obedientes y todopoderosos.

Pues bien, ¿cómo ejercen sus funciones esos servidores hercúleos? También en este caso creo que debemos examinar el texto con cierto detenimiento. Se dice con claridad que esos servidores hercúleos están ahí para servir al rey; incluso se dice muy precisamente que están destinados a cubrir el servicio de sus "necesidades" y su "estado". Ahora bien, me parece que en lo que podríamos llamar poder de soberanía el servidor está, en efecto, al servicio de las necesidades del soberano; debe satisfacer las exigencias y necesidades de su estado: es él, efectivamente, quien viste y desviste al rey, se ocupa del servicio de su cuerpo, su limpieza, etc. Pero cada vez que el servidor se ocupa de velar de ese modo por las necesidades y el estado del soberano, lo hace en esencia porque tal es la voluntad de éste; es decir que la voluntad del soberano liga al servidor, y lo liga individualmente, en cuanto es tal o cual servidor, a esa función consistente en asegurar el servicio de las necesidades y el estado. La voluntad del rey, su estatus de rey, fijan al servidor a sus necesidades y su estado.

Sin embargo, en la relación de disciplina que vemos aparecer enseguida, el servidor no está en modo alguno al servicio de la voluntad del rey, y si atiende las necesidades de éste no lo hace porque tal sea la voluntad del monarca; está al servicio de las necesidades y el estado del rey sin que intervengan ni la voluntad ni el estatus del soberano; sólo las exigencias en cierto modo mecánicas del cuerpo fijan y determinan el carácter del servicio prestado por el servidor. Desconexión, por consiguiente, entre la voluntad y la necesidad, el estatus y el estado. Y el servidor sólo intervendrá como fuerza de represión, sólo abandonará el servicio para convertirse en obstáculo a la voluntad del rey, cuando ésta se exprese por encima de sus necesidades, por encima de su estado.

Éste es a grandes rasgos el decorado de la escena; ahora querría pasar al episodio mismo, importante, de esta escena así situada, vale decir, el episodio de la confrontación con el médico: "Un día, el alienado, en su fogoso delirio, recibe con mucha dureza a su antiguo médico durante su visita y lo embadurna con suciedades y basura. Uno de los pajes entra al punto a la recámara sin decir una palabra, toma por la cintura al delirante..."[7]

[7] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique...*, *op. cit.*, p. 193.

Luego de la escena de la caducidad, del descoronamiento, viene la escena del desecho, el excremento, la basura. Ya no se trata simplemente del rey descoronado ni de la desposesión de los atributos de la soberanía, sino de la inversión total de ésta. Por fuerza, ese rey ya no tiene más que su cuerpo reducido al estado salvaje, y por armas no tiene más que las deyecciones de su cuerpo, y justamente se sirve de ellas contra su médico. Ahora bien, yo creo que, al hacerlo, el rey lleva a cabo una inversión concreta de su soberanía, no sólo porque ha reemplazado su cetro y su espada por sus inmundicias sino porque, justamente, reitera con ello un gesto que tiene su significación histórica. Ese gesto consistente en arrojar barro e inmundicias a alguien es el gesto secular de la insurrección contra los poderosos.

Bien, hay toda una tradición que pretende que sólo se hable de la *basura* y la inmundicia como símbolos del dinero; pero, en fin, habría que hacer una historia política muy seria de la basura y la inmundicia, una historia a la vez política y médica del problema que la basura y la inmundicia pudieron significar en sí mismas y sin simbolización de ningún orden: un problema económico, un problema médico, desde luego, pero también el motivo de una lucha política, que es muy clara en el siglo XVII y sobre todo en el siglo XVIII. Y ese gesto profanador que consiste en arrojar barro, inmundicias y basura a la carroza, la seda y el armiño de los grandes, pues bien, el rey Jorge III sabía perfectamente qué significaba, por haber sido su víctima.

En consecuencia, tenemos aquí la inversión total de lo que es la función soberana, pues el rey hace suyo el gesto insurreccional, no sólo de los pobres sino de quienes son los más pobres entre los pobres. Pues los campesinos, cuando se rebelaban, *utilizaban para pelear los instrumentos que tenían a su alcance:* hoces, palos, etc.; los artesanos también se servían de sus herramientas de trabajo, y sólo los más pobres, los que no tenían nada, juntaban piedras y basura en la calle para tirarlas contra los poderosos. En su enfrentamiento con el poder médico que entra en la habitación donde se encuentra, el rey retoma ese papel. La soberanía a la vez enloquecida e invertida contra la disciplina macilenta.

Y en ese momento interviene el paje mudo, musculoso e invencible, que entra, toma por la cintura al rey, lo arroja sobre la cama, lo desnuda, lo lava con una esponja y se retira, como dice el texto, "mirándolo con altivez".[8]

[8] *Ibid.*

Aquí encontramos, una vez más, el desplazamiento de los elementos de una escena de poder, que ya no es ahora del orden de la coronación, la representación iconográfica; es, como se darán cuenta, el cadalso, la escena del suplicio. Pero también aquí hay inversión y desplazamiento: mientras que quien atentara contra la soberanía, le arrojara piedras e inmundicias, habría sido ejecutado, ahorcado y descuartizado según la ley inglesa, pues bien, la disciplina que interviene ahora encarnada en el paje va, al contrario, a derribar, desnudar, lavar, hacer del cuerpo algo limpio y verdadero al mismo tiempo.

Eso es lo quería señalarles sobre esta escena que me parece, mucho más que la escena de Pinel al liberar a los locos, muy ilustrativa de lo que se pone en juego en la práctica que llamo protopsiquiátrica, es decir, a grandes rasgos, la que se desarrolla en los últimos años del siglo XVIII y los primeros veinte o treinta años del siglo XIX, antes de la erección del gran edificio institucional del asilo psiquiátrico, que podemos situar más o menos entre 1830 y 1840; digamos 1838 en Francia, con la ley sobre la reclusión y la organización de los grandes hospitales psiquiátricos.[9]

Esta escena me parece importante. Ante todo porque me permite rectificar un error que cometí en la *Historia de la locura*. Como ven, aquí no se trata de manera alguna de la imposición de un modelo familiar a la práctica psiquiátrica; *no es cierto que ésta tome al padre y la madre, no es cierto que* tome las relaciones características de la estructura familiar para aplicarlas a la locura y la conducción de los alienados. En la historia de la psiquiatría se dará la relación con la familia, pero más adelante y, por lo que puedo ver hasta ahora, el momento en que se implanta un modelo familiar en la práctica psiquiátrica deberá comprenderse por el lado de la histeria.

Verán igualmente que esa cura acerca de la cual Pinel dice, con un optimismo que los hechos desmentirán a continuación, que ha "producido una curación sólida y sin recaídas",[10] se hace sin nada que pueda cumplir el pa-

[9] El 6 de enero de 1838, el ministro del Interior, Adrien de Gasparin, presenta en la Cámara de Diputados un proyecto de ley sobre los alienados, votado por los pares el 22 de marzo y por los diputados el 14 de junio. La ley se promulga el 30 de junio de 1838. Cf. Robert Castel, *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, París, Minuit, 1976, col. "Le Sens commun", pp. 316-324 [trad. esp.: *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, Ediciones de la Piqueta, 1980].

[10] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique*..., *op. cit.*, p. 193.

pel de descripción, análisis, diagnóstico, conocimiento veraz de lo que es la enfermedad del rey. En este caso, al igual que con el modelo de la familia, el momento de la verdad aparecerá más adelante en la práctica psiquiátrica.

Para terminar, querría destacar lo siguiente: aquí vemos con mucha claridad un juego de elementos, que son estrictamente los del poder, puestos en juego, desplazados, invertidos, etc., y ello al margen de toda institución. Y tengo la impresión, una vez más, de que el momento de la institución no es previo a esas relaciones de poder. Es decir que estas relaciones de poder no son determinadas por la institución, como tampoco las prescribe un discurso de verdad ni las sugiere el modelo familiar. De hecho, las vemos funcionar –casi al desnudo, diría– en una escena como ésa. Y en ese aspecto me parece que la escena pone bastante bien de relieve el basamento de relaciones de poder que constituyen el elemento nuclear de la práctica psiquiátrica, a partir del cual, en efecto, veremos a continuación la erección de edificios institucionales, el surgimiento de discursos de verdad y, también, la implantación o la importación de una serie de modelos.

Pero por el momento estamos en la aparición de algo que es el poder disciplinario, cuya figura específica surge aquí, me parece, con una singular claridad, en cuanto ese poder disciplinario está, en el caso presente, enfrentado a otra forma de poder político que llamaré poder de soberanía. Entonces, si las primeras hipótesis que me orientan ahora son exactas, no bastaría decir: en la práctica psiquiátrica encontramos desde el origen algo así como un poder político; me parece que la cosa es más complicada y, por otra parte, lo será cada vez más. Por ahora querría hacer una esquematización. No se trata de cualquier poder político, son dos tipos de poder perfectamente distintos y correspondientes a dos sistemas, dos funcionamientos diferentes: la macrofísica de la soberanía tal como funcionaba en un gobierno posfeudal, preindustrial, y la microfísica del poder disciplinario, cuyo funcionamiento constatamos en los diferentes elementos que les menciono aquí y que aparece, en cierto modo, apoyada en los elementos desconectados, deteriorados, desenmascarados del poder soberano.

Transformación, por lo tanto, de la relación de soberanía en poder de disciplina. Y como ven, en el centro de todo esto hay, en el fondo, una especie de proposición general que es la siguiente: "Si estás loco, por más que seas rey, dejarás de serlo", o bien: "Por más que estés loco, no por eso vas a

ser rey". El rey –en este caso Jorge III– sólo pudo curarse en la escena de Willis o la fábula, si lo prefieren, de Pinel, en la medida en que no lo trataron como un rey y fue sometido a una fuerza que no era la del poder real. La proposición "No eres rey" está, a mi juicio, en el centro de esa suerte de protopsiquiatría que intento analizar. Y si nos remitimos ahora a los textos de Descartes concernientes a los locos que se creen reyes, podremos advertir que los dos ejemplos de locura dados por Descartes son "creerse un rey" o "tener un cuerpo de vidrio".[11] Es que en rigor, tanto para Descartes como, de manera general, [...]* para todos los que hablaron de la locura hasta fines del siglo XVIII, "creerse un rey" o suponerse poseedor de "un cuerpo de vidrio" eran exactamente lo mismo: se trataba de dos tipos de errores con absoluta equivalencia, que contradecían de inmediato los datos más elementales de la sensación. "Tomarse por un rey", "creer que uno tiene un cuerpo de vidrio", eran sencillamente señales de la locura como error.

En lo sucesivo, me parece que "creerse rey" es, en esta práctica protopsiquiátrica y por consiguiente para todos los discursos de verdad que van a conectarse con ella, el verdadero secreto de la locura. Y cuando vemos cómo se analizaban en la época un delirio, una ilusión, una alucinación, etc., que alguien se creyera rey, es decir, que el contenido de su delirio implicara suponer el ejercicio del poder real o, al contrario, que se imaginara arruinado, perseguido o rechazado por toda la humanidad, poco importaba. Para los psiquiatras de esos días, el hecho de imponer *así* esa creencia, oponerla a to-

[11] Alusión a Descartes cuando se refiere a "esos insensatos cuyo cerebro está tan trastornado [...] que aseguran constantemente ser reyes, cuando en realidad son muy pobres [...], o imaginan tener un cuerpo de vidrio". Cf. René Descartes, *Méditations touchant la première philosophie* (1641), traducción del duque de Lynes (1647), "Première méditation: Des choses que l'on peut révoquer en doute", en *Œuvres et lettres*, edición establecida por A. Bridoux, París, Gallimard, 1952, col. "Bibliothèque de la Pléiade", p. 268 [trad. esp.: *Meditaciones metafísicas*, Buenos Aires, Aguilar, 1975]. Véase Michel Foucault, "Mon corps, ce papier, ce feu", en *Paideia*, septiembre de 1971, reeditado en *Dits et Écrits, 1954-1988*, edición establecida por Daniel Defert y François Ewald, con la colaboración de Jacques Lagrange, París, Gallimard, 1994, 4 vols. [en lo sucesivo *DE*]: cf. II, núm. 102, pp. 245-268, e *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), apéndice II, pp. 583-603 [trad. esp.: "Mi cuerpo, ese papel, ese fuego", en *Historia de la locura...*, *op. cit.*].

* Grabación: podemos decir que.

das las pruebas, objetar incluso el saber médico, querer imponerla al médico y, en definitiva, a todo el asilo y cuestionar de tal modo toda otra forma de certeza o saber, es una manera de creerse rey. Ya uno se creyera rey o miserable, "creerse rey" significaba, en el fondo, querer imponer esa certeza como una especie de tiranía a todos los que lo rodeaban; y en ese aspecto, toda locura es una suerte de creencia enraizada en el hecho de ser el rey del mundo. Los psiquiatras de principios del siglo XIX habrían podido decir que estar loco era tener el poder en la cabeza. Y por otra parte, en un texto de 1820, el tratado *De la folie*, Georget consideraba que, en esencia, el gran problema de la psiquiatría era el siguiente: "cómo disuadir" a quien se cree rey.[12]

He insistido tanto en esta escena del rey por una serie de razones. En primer lugar, me parece que permite comprender un poco mejor la otra escena fundadora de la psiquiatría de la que les hablé al principio, la escena de Pinel y la liberación. En apariencia, la escena de Pinel en Bicêtre, cuando entra en 1792 a las celdas y saca las cadenas a tal o cual enfermo que estaba encerrado y encadenado desde hacía semanas o meses, es exactamente lo opuesto de la historia del rey a quien encierran, ciñen y hacen vigilar por pajes musculosos. En realidad, cuando las cosas se miran con más detenimiento, se advierte que hay una continuidad entre ambas escenas.

Cuando Pinel libera a los enfermos encerrados en las celdas, se trata de establecer entre el liberador y los recién liberados cierta deuda de reconocimiento que debe saldarse –y va a saldarse– de dos maneras. En primer lugar, el liberado va a pagar su deuda de manera continua y voluntaria, a través de la obediencia; por lo tanto, la violencia salvaje de un cuerpo al que sólo retenía la violencia de las cadenas será reemplazada por el sometimiento constante de una voluntad a otra. En otras palabras, quitar las cadenas es asegurar por intermedio de una obediencia agradecida algo así como una sujeción. Y la deuda se enjugará de una segunda manera, esta vez involuntaria por parte del enfermo: a partir del momento en que quede sometido, en que el pago voluntario y continuo de la deuda lo haya llevado a someterse a la disciplina del poder médico, el juego mismo de esta disciplina y su mera fuerza provocarán su curación. Como resultado, ésta se convertirá de mane-

[12] "Nada en el mundo puede disuadirlos de ello. Decid [...] a un presunto rey que no lo es, y os responderá con invectivas." Étienne Jean Georget, *De la folie...*, *op. cit.*, p. 282.

ra involuntaria en la segunda moneda del monto de la liberación, el modo *como el enfermo* o, *mejor*, la enfermedad del enfermo, pagará al *médico* el reconocimiento que le debe.

Como verán, en realidad esta escena de la liberación no es –ya se sabe, desde luego– exactamente una escena de humanismo; pero creo que se la puede analizar como una relación de poder o bien como la transformación de cierta relación de poder que era de violencia –la prisión, la celda, las cadenas: todo esto corresponde a la vieja forma de poder de soberanía– en una *relación de sujeción* que *es* una relación de disciplina.

Ésa es la primera razón por la cual conté la historia de Jorge III: me parece que inaugura, en efecto, toda una práctica psiquiátrica cuyo mérito suele atribuirse a Pinel.

La otra razón por la cual la mencioné es que, a mi entender, la escena de Jorge III se inscribe en toda una serie de escenas. Ante todo, en una serie de escenas que, durante los veinticinco o treinta primeros años del siglo XIX, van a constituir esa práctica protopsiquiátrica. Podríamos decir que durante el primer cuarto del siglo XIX hubo una especie de pequeña enciclopedia de las curaciones canónicas, constituida sobre la base de los casos publicados por Haslam,[13] Pinel,[14] Esquirol,[15] Fodéré,[16] Georget[17] y Guislain.[18] Y esa

[13] Cf. *supra*, clase del 7 de noviembre de 1973, nota 19.

[14] Cf. *ibid.*, nota 4. El manuscrito menciona casos que aparecen en la sec. II, § VII, "Effets d'une répression énergique", pp. 58-59; § XXIII (ya citado), pp. 96-97, y en la sec. V, "Police intérieure et surveillance à établir dans les hospices d'aliénés", cap. 3, pp. 181-183, y § IX, pp. 196-197.

[15] Cf. clase del 7 de noviembre de 1973, nota 5.

[16] François Emmanuel Fodéré, *Traité du délire…, op. cit.*; *Essai médico-légal sur les diverses espèces de folie vraie, simulée et raisonnée, sur leurs causes et les moyens de les distinguer, sur leurs effets excusant ou atténuant devant les tribunaux, et sur leur association avec les penchants au crime et plusieurs maladies physiques et morales*, Estrasburgo, Le Roux, 1832.

[17] Étienne Jean Georget, *De la folie…, op. cit.*; *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau. Recherches sur les maladies nerveuses en général, et en particulier sur le siège, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'hypocondrie, de l'épilepsie et de l'asthme convulsif*, París, J.-B. Baillière, 1821, 2 vols.

[18] Joseph Guislain (1797-1860), *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés*, Amsterdam, Van der Hey et Gartman, 1826, 2 vols.; *Traité sur les phrénopathies ou Doctrine naturelle nouvelle des maladies mentales, basée sur des observations pratiques et statistiques, et l'é-*

pequeña enciclopedia contiene una cincuentena de casos que se repiten, circulando en todos los tratados de psiquiatría de la época, y más o menos pertenecientes a un modelo análogo. Les presento ahora uno o dos ejemplos que muestran de una manera muy clara, creo, que todas esas escenas de curación están emparentadas con la gran escena de la curación de Jorge III.

En el *Traité médico-philosophique* de Pinel tenemos, por ejemplo, la siguiente historia: "Un militar, aún en un estado de alienación [...] es asaltado de improviso por la idea excluyente de su reincorporación al ejército". Aunque se le ordena volver a la noche a su habitación, se niega a hacerlo. Una vez instalado en ella, comienza a romper y ensuciar todo; en consecuencia, lo atan a la cama.

> Ocho horas transcurren en ese estado violento y él parece por fin entrever que no es dueño de hacer sus caprichos. A la mañana, durante la ronda del jefe, adopta el tono más sumiso y, al tiempo que le besa la mano, dice: "Me has prometido devolverme la libertad dentro del hospicio si estoy tranquilo; pues bien, te exhorto a cumplir tu palabra". Sonriente, el otro le hace saber el placer que experimenta ante esa dichosa vuelta a sus cabales; le habla con suavidad y en ese mismo instante pone fin a todo apremio.[19]

Otro ejemplo: un hombre estaba dominado por la idea excluyente de "su omnipotencia". Una sola consideración lo detenía, el "temor a hacer desaparecer el ejército de Condé [...] que, en su opinión, estaba destinado a cumplir los designios del Eterno". ¿Cómo lograr dominar esa creencia? El médico, por su parte, acechaba "un extravío que lo pusiera en falta y autorizara a tratarlo con rigor". Y he aquí en efecto que, por fortuna, "un día que el vigilante lo reprendía por las suciedades y basuras que había dejado en su habi-

tude des causes, de la nature des symptômes, du pronostic, du diagnostic et du traitement de ces affections, Bruselas, Établissement Encyclographique, 1833 [trad. esp.: *Lecciones orales sobre las frenopatías, o tratado teórico y práctico de las enfermedades mentales: curso dado en la clínica de los establecimientos de enagenados de Gante*, 2 vols., Madrid, Imprenta de Enrique Teodoro, 1881-1882].

[19] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique...*, *op. cit.*, sec. II, § VII, pp. 58-59.

tación, el alienado se enfureció contra él con violencia y amenazó aniquilarlo. Era ésa una oportunidad favorable de castigarlo y convencerlo de que su poderío era una quimera".[20]

Un ejemplo más: "Un alienado del hospicio de Bicêtre, que no tiene otro delirio que el de creerse una víctima de la Revolución, repite día y noche que está dispuesto a sufrir su suerte". Como van a guillotinarlo, ya no cree necesario ocuparse de su persona; "se niega a acostarse en su lecho" y permanece tendido sobre el piso. El vigilante se ve obligado a recurrir al apremio: "Aunque atado con cuerdas a su lecho, el alienado procura vengarse rechazando toda clase de alimentos con la obstinación más invencible. Exhortaciones, promesas, amenazas: todo es inútil". Sin embargo, al cabo de cierto tiempo el enfermo tiene sed; toma agua, pero "aparta con dureza el caldo mismo que se le ofrece y cualquier otro alimento líquido o sólido". Hacia el duodécimo día "el vigilante le anuncia que, por mostrarse tan indócil, en lo sucesivo va a privarlo del agua fría y la sustituye por un caldo graso". Por fin la sed se impone y el enfermo "toma con avidez el caldo". A lo largo de los días siguientes comienza a comer alimentos sólidos y "recupera así poco a poco todos los atributos de una salud firme y robusta".[21]*

Ya volveré a toda la morfología fina de estas escenas, pero ahora querría mostrarles que en los inicios de la psiquiatría del siglo XIX, antes y, creo, de manera muy independiente de todas las formulaciones teóricas, antes e independientemente de todas las organizaciones institucionales, queda definida cierta táctica de manipulación de la locura que dibujaba de algún modo la trama de relaciones de poder necesarias para esa especie de ortopedia mental que debía conducir a la curación. La escena de Jorge III forma parte, en el fondo, de esas escenas; es una de las primeras.

Y creo que a continuación podríamos describir el futuro, el desarrollo, la transformación de esas escenas, y ver cómo y en qué condiciones esas esce-

[20] *Ibid.*, § XXIII, pp. 96-97, nota 1.

[21] *Ibid.*, sec. V, § III, pp. 181-183.

* El manuscrito menciona también un caso expuesto en § IX: "Exemple propre à faire voir avec quelle attention le caractère de l'aliéné doit être étudié pour le ramener à la raison" (ff. 196-197).

nas protopsiquiátricas evolucionaron en una primera fase que cabría llamar del tratamiento moral, cuyo héroe fue Leuret, entre 1840 y 1870.[22]

Con posterioridad, esa misma escena protopsiquiátrica modificada por el tratamiento moral sufrió una considerable transformación en virtud de un episodio fundamental en la historia de la psiquiatría, que fue a la vez el descubrimiento y la práctica de la hipnosis, y el análisis de los fenómenos histéricos.

Tenemos, desde luego, la escena psicoanalítica.

Y por último, si quieren, la escena antipsiquiátrica. Es curioso, de todas maneras, advertir la cercanía de la primera escena de la protopsiquiatría, la de Jorge III, con la que encontramos en el libro de Mary Barnes y Berke. Como saben, me refiero a la historia de Mary Barnes en Kingsley Hall, cuyos elementos son casi los mismos que están presentes en la historia de Jorge III:

> Un día Mary trató de cerciorarse de mi amor por ella mediante una prueba definitiva. Se cubrió de mierda y aguardó mi reacción. El relato que hace de ese incidente me divierte, pues estaba absolutamente segura de que su mierda no podía repugnarme. Les aseguro que sucedió todo lo contrario. Cuando, sin sospechar nada, entré a la sala de juegos y me abordó una Mary Barnes hedionda que parecía salida de una historia de terror, el horror y el asco me embargaron. Mi primera reacción fue la huida. Me alejé a grandes pasos, lo más rápidamente posible. Por fortuna no intentó seguirme. Habría sido capaz de golpearla.
> Recuerdo muy bien mi primer pensamiento: "Es demasiado, Dios santo. Estoy harto. A partir de ahora, que se cuide sola. No quiero tener nada más que ver con ella".

Luego Berke reflexiona y se dice que, después de todo, si él no se hace cargo, su relación con ella se terminará; no quiere que así sea. Este último argumento no admite réplica. Sigue a Mary Barnes, con no pocas reticencias.

[22] François Leuret desarrolla sus concepciones en "Mémoire sur le traitement moral de la folie", en *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, t. 7, París, 1838, pp. 552-576; *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*; "Mémoire sur la révulsion morale dans le traitement de la folie", en *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, t. 9, 1841, pp. 655-671; *Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie*, París, Le Normant, 1846.

"Mary permanecía en la sala de juegos, cabizbaja y bañada en lágrimas. Farfullé algo así como: 'Vamos, no es nada. Subamos y tomemos un buen baño bien caliente'. Se necesitó por lo menos una hora para lavarla. Su estado era lamentable. Tenía mierda por todos lados, en el pelo, debajo de los brazos, entre los dedos de los pies. Me parecía volver a ver al protagonista de una vieja película de terror, *The Mummy's Ghost*."[23]

En realidad, no volvía a ver la protoescena de la historia de la psiquiatría, es decir la historia de Jorge III: era exactamente eso.

En el fondo, lo que me gustaría hacer este año es una historia de esas escenas psiquiátricas, teniendo en cuenta lo que de mi parte es tal vez un postulado o en todo caso una hipótesis: que esa escena psiquiátrica y lo que se trama en ella, el juego de poder que se esboza en ella, deben analizarse con anterioridad a todo lo que pueda referirse ya sea a organización institucional, discurso de verdad o importación de modelos. Y querría estudiar esas escenas destacando también una cosa: que la escena de Jorge III que les he contado no sólo es la primera de una larga serie de escenas psiquiátricas sino que históricamente forma parte de toda otra serie de escenas. En la escena protopsiquiátrica encontramos todo lo que podríamos llamar ceremonia de soberanía: coronación, desposesión, sumisión, acatamiento, rendición, restauración, etc.; pero también la serie de rituales de servicio que algunos imponen a los demás: dar órdenes, obedecer, observar reglas, castigar, recompensar, responder, callarse. Encontramos la serie de procedimientos judiciales: proclamar la ley, vigilar las infracciones, obtener una confesión, comprobar una falta, pronunciar una sentencia, imponer un castigo. Por último, hallamos toda la serie de prácticas médicas y en esencia la gran práctica médica de la crisis: acechar el momento en que és-

[23] A los 42 años, la enfermera Mary Barnes ingresa al centro de recepción de Kingsley Hall para personal asistencial con trastornos mentales, inaugurado en 1965 y cerrado el 31 de mayo de 1970. Pasará en él cinco años; conocemos su historia gracias al libro que escribió con su terapeuta. Cf. Mary Barnes y Joseph Berke, *Mary Barnes. Two Accounts of a Journey through Madness*, Londres, McGillon and Lee, 1971. Versión francesa: *Mary Barnes. Un voyage autour de la folie*, traducción de M. Davidovici, París, Seuil, 1973. El texto citado está en las pp. 287-288 de esta última edición [trad. esp.: *Un viaje a través de la locura*, Barcelona, Martínez Roca, 1985].

ta se produce, favorecer su desarrollo y su culminación, hacer que las fuerzas de la salud se impongan a las otras.

Me parece que si se quiere hacer una verdadera historia de la psiquiatría, o en todo caso de la escena psiquiátrica, será necesario reinscribirla en esta serie de escenas: escenas de ceremonia de soberanía, de rituales de servicio, de procedimientos judiciales, de prácticas médicas, y de ningún modo plantear como aspecto esencial y punto de partida el análisis de la institución.* Seamos muy antiinstitucionalistas. Lo que me propongo este año es poner de manifiesto la microfísica del poder, con anterioridad al análisis de la institución.

Ahora, querría ver con más detalle esa escena protopsiquiátrica de la que les di un primer panorama. Me parece que la escena de Jorge III constituye un corte muy importante, en cuanto se aparta netamente de unas cuantas escenas que habían sido hasta entonces la manera reglamentada y canónica de tratar la locura. En mi opinión, hasta fines del siglo XVIII –y aún se encuentran ejemplos a principios del siglo XIX– la manipulación de la locura por los médicos había sido del orden de la estratagema de verdad. Se trataba de constituir en torno de la enfermedad, de alguna manera como su prolongación, dejándola fluir y siguiendo su evolución, una especie de mundo a la vez ficticio y real donde la locura iba a caer en la trampa de una realidad que se había inducido insidiosamente. Voy a darles un ejemplo; es una observación de Mason Cox, publicada en 1804 en Inglaterra y en 1806 en Francia, en el libro titulado *Observations sur la démence.*

> Mr. ..., de 36 años, con un temperamento melancólico pero sumamente consagrado al estudio, y sujeto a accesos de tristeza sin causa, pasaba a veces noches enteras con sus libros y en esos momentos era sobrio en extremo, *sólo bebía agua y se privaba de todo alimento animal.* Sus amigos le describieron en vano el perjuicio que haría con ello a su salud y su ama de llaves, al insistir vigorosamente en que adoptara un régimen diferente, hizo brotar en él, con su porfía, la idea de que conspiraba contra su vida. Mr. ... llegó incluso a convencerse de que ella había forjado el plan de matarlo por medio de camisas envenenadas, a cuya influencia el hombre

* El manuscrito precisa la noción de escena: "Por escena, no entender un episodio teatral sino un ritual, una estrategia, una batalla".

> ya atribuía sus presuntos padecimientos. Nada pudo disuadirlo de esa idea siniestra. Por fin, se decidió simular mostrarse de acuerdo con él. Se sometió una camisa sospechosa a una sucesión de experiencias químicas realizadas en su presencia con muchas formalidades, y cuyo resultado se amañó para que probara la verdad de sus sospechas. El ama de llaves fue objeto de un interrogatorio que, pese a sus protestas de inocencia, puso de manifiesto su culpabilidad. Se emitió contra ella una orden de arresto ficticia que supuestos oficiales de justicia ejecutaron en presencia del enfermo, simulando conducirla a la cárcel. Tras ello se celebró una consulta en debida forma en la cual varios médicos reunidos insistieron en la necesidad de diversos antídotos que, administrados a lo largo de varias semanas, persuadieron por fin al enfermo de su curación. Se le prescribió entonces un régimen y un modo de vida que lo protegería de toda posibilidad de recaída.[24]

En una historia como ésta puede verse, en definitiva, cómo funcionó una práctica psiquiátrica. En el fondo, se trata de desarrollar, aun a partir de una idea delirante, una especie de laberinto absolutamente conforme al propio delirio, homogéneo con la idea errónea y por el cual se hace pasear al enfermo. Éste cree, por ejemplo, que su criada le da camisas almidonadas con azufre que le irritan la piel; pues bien, se sigue adelante con el delirio. Las camisas son sometidas a una pericia química que da, desde luego, un resultado *positivo; por tratarse de un resultado positivo, el caso se presenta ante un* tribunal; el tribunal recibe las pruebas; emite una sentencia condenatoria y finge disponer el traslado de la criada a la cárcel.

Organización, por lo tanto, de un laberinto homogéneo con la idea delirante; y lo que se pone al final de ese laberinto y va a producir justamente la curación, es una especie de salida bifurcada, una salida con dos niveles. Por una parte, habrá un acontecimiento que se produce dentro del propio delirio; es decir que, en el nivel del delirio del enfermo, el encarcelamiento de la culpable sanciona la verdad de ese delirio, pero al mismo tiempo asegura al

[24] Joseph Mason Cox (1763-1818), *Practical Observations on Insanity*, Londres, Baldwin and Murray, 1804; versión francesa: *Observations sur la démence*, traducción de L. Odier, Ginebra, Bibliothèque Britannique, 1806. La cita corresponde a la observación IV, pp. 80-81.

enfermo que se ha liberado del elemento que, en aquél, es causa de su enfermedad. Tenemos entonces esta primera salida, en el nivel mismo del delirio, que lo autentifica y pone a un lado lo que en él actúa como causa.

Ahora bien, si eso pasa en el nivel del delirio, en otro nivel, el de los médicos y el entorno, [...]* la situación es muy distinta. Al fingir encarcelar al ama de llaves se la pone fuera de juego, se la aparta del enfermo y éste, así, queda protegido de lo que era causa de su enfermedad en la realidad, esto es, la desconfianza o el odio que sentía por ella. De modo que en una sola y la misma operación se va a soslayar lo que es causa en el –y del– delirio.

Era preciso que esa operación fuera la misma; es decir que se produjera al final del laberinto del propio delirio, pues para los médicos resultaba muy claro que si la criada hubiera quedado lisa y llanamente descartada, sin que se la excluyera en cuanto causa en el interior del delirio, éste se habría reiterado. El enfermo se habría imaginado que ella aún lo perseguía, que había encontrado una manera de embaucarlo; o habría transferido a algún otro la desconfianza que sentía con respecto a esta criada. A partir del momento en que se da sustancia al delirio, se le da realidad, se lo autentifica y al mismo tiempo *se suprime lo que es causa en él*, a partir de ese momento se generan las condiciones para eliminarlo.** Y si esas condiciones para suprimir el delirio son al mismo tiempo la supresión de lo que lo ha causado, se deduce que la curación está asegurada. Tenemos entonces supresión de la causa del delirio, *supresión de la causa en el delirio*. Y esa *especie de bifurcación conseguida* por el laberinto de la verificación ficticia garantiza el principio mismo de la curación.

Pues –y éste es el tercer momento– cuando el enfermo cree efectivamente *que el delirio era la verdad, cuando cree suprimido lo que en el delirio era la* causa de su enfermedad, tiene entonces la posibilidad de aceptar una intervención médica. So pretexto de curarlo de la enfermedad que el ama de llaves le había provocado, se desliza en esa especie de brecha una medicación que *es medicación en el delirio*, que *en* él debe *permitirle escapar* a la enfer-

* Grabación: lo que ocurre.

** El manuscrito agrega: "Se suprime en la realidad, pero en una forma virtualmente aceptable para el delirio, lo que en éste actúa como causa".

medad causada por la criada y que es medicación del delirio porque de hecho se le dan medicamentos que, al apaciguar sus humores, al calmar su sangre, al liberarlo de todo los atascamientos de su sistema sanguíneo, etc., aseguran la curación. Como ven, un elemento de la realidad, el medicamento, también va a actuar en dos niveles: como medicación en el delirio y como terapéutica del delirio. Y esta especie de juego organizado alrededor de la ficción de verificación del delirio asegura efectivamente la curación.

Y bien, ese juego de la verdad en el delirio y del delirio será suprimido por completo en la práctica psiquiátrica inaugurada a principios del siglo XIX; y me parece que el surgimiento de lo que podemos llamar práctica disciplinaria, esa nueva microfísica del poder, va a barrer todo eso e introducir los elementos nucleares de todas las escenas psiquiátricas que se desarrollarán a continuación, y sobre las cuales se construirán la teoría y la institución psiquiátricas.

Clase del 21 de noviembre de 1973

Genealogía del "poder de disciplina". El "poder de soberanía". La función sujeto en los poderes de disciplina y soberanía – Formas del poder de disciplina: ejército, policía, aprendizaje, taller, escuela – El poder de disciplina como "instancia normalizadora" – Tecnología del poder de disciplina y constitución del "individuo" – El surgimiento de las ciencias del hombre.

PUEDE DECIRSE que la psiquiatría clásica, en definitiva, reinó y funcionó sin demasiados problemas exteriores entre 1850 y 1930, a partir de un discurso que ella consideraba y ponía en funcionamiento como un discurso verdadero; a partir de ese discurso, en todo caso, deducía la necesidad de la institución asilar y, asimismo, la necesidad de que cierto poder médico se desplegara dentro de ella como ley interna y eficaz. En suma, de un discurso verdadero deducía la necesidad de una institución y un poder.

A mi entender, podríamos decir lo siguiente: la crítica institucional –dudo en decir "antipsiquiátrica"– o cierta forma de crítica que se desarrolló a partir de las décadas de 1930 y 1940,[1] no se inició, al contrario, en un dis-

[1] En realidad, sería conveniente distinguir dos formas de críticas de la institución asilar:

a) En la década de 1930 se pone de manifiesto una corriente crítica orientada a un alejamiento gradual del espacio asilar establecido por la ley de 1838 como lugar casi exclusivo de la intervención psiquiátrica, y cuyo papel, como decía Édouard Toulouse (1865-1947), se reducía al de una "asistencia guardería" ("L'évolution de la psychiatrie", Conmémoration de la fondation de l'hôpital Henri Roussel, 30 de julio de 1937, p. 4). Con la pretensión de disociar la idea de "enfermedad mental" de la noción de encierro en un asilo sometido a condiciones legales y administrativas específicas, esa corriente se asigna la tarea de "estudiar los cambios en la organización de los asilos susceptibles de dar mayor lugar al tratamiento moral e

curso psiquiátrico supuestamente verdadero para deducir de él la necesidad de una institución y un poder médicos, sino en la existencia de la institución, en su funcionamiento, en su crítica, para poner de relieve, por un lado, la violencia del poder médico que se ejercía en ella, y por otro, los efectos de

---

individual" (Julien Raynier y Henri Beaudouin, *L'Aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique* [1922], segunda edición revisada y aumentada, París, Le Français, 1930, p. 654). Desde este punto de vista, nuevos enfoques debilitan la perspectiva tradicional centrada en el hospital: diversificación de las modalidades de atención, proyectos de supervisión posterior a la cura y, sobre todo, la aparición de servicios libres, ejemplificada por el establecimiento, dentro de la fortaleza de la psiquiatría asilar que es Sainte-Anne, de un "servicio abierto" cuya dirección se pone en manos de Édouard Toulouse el 1º de junio de 1922, y que en en 1926 se convertirá en el hospital Henri Roussel (cf. Édouard Toulouse, "L'hôpital Henri Roussel", *La Prophylaxie Mentale*, 43, enero-julio de 1937, pp. 1-69). El 13 de octubre de 1937, este movimiento es oficializado por la circular del ministro de salud pública, Marc Rucart, relativa a la organización de la asistencia a los enfermos mentales en el marco departamental. Al respecto, véase Édouard Toulouse, *Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine*, París, Imprimerie Nouvelle, 1920; Julien Raynier y Jean Lauzier, *La Construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*, París, Peyronnet, 1935; Georges Daumezon, *La Situation du personnel infirmier dans les asiles d'aliénés*, París, Doin, 1935 (testimonio sobre la pobreza de medios con que cuentan las instituciones psiquiátricas en la década de 1930).

b) En la década de 1940 la crítica asume otro cariz, a partir de la comunicación de Paul Balvet, director, en esa época, del hospital de Saint-Alban (Lozère), que llegará a ser un lugar de referencia para todas las personas animadas por un deseo de cambio radical de las estructuras asilares [Paul Balvet, "Asile et hôpital psychiatrique. L'expérience d'un établissement rural", en *XLIII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Montpellier, 28-30 octobre 1942)*, París, Masson, 1942]. Una pequeña fracción militante del cuerpo profesional cobra conciencia, entonces, de que el hospital psiquiátrico no es sólo un hospital de alienados sino que está "alienado" en sí mismo, pues su constitución responde a "un orden conforme a los principios y usos de un orden social que excluye los factores que lo perturban" (Lucien Bonnafé, "Sources du désaliénisme", en *Désaliéner? Folie(s) et société(s)*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail/Privat, 1991, p. 221). Con la intención de reconsiderar el funcionamiento del hospital psiquiátrico para hacer de él una organización verdaderamente terapéutica, esta corriente plantea un cuestionamiento de la naturaleza de las relaciones del psiquiatra con los enfermos. Cf. Georges Daumezon y Lucien Bonnafé, "Perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la Libération", en *XLIV^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Genève, 22-27 juillet 1946)*, París, Masson, 1946, pp. 584-590, e *infra*, "Situación del curso", pp. 397 y ss.

desconocimiento que perturbaban desde el comienzo la verdad supuesta de ese discurso médico. Por lo tanto, si se prefiere, en esa forma de análisis se partía de la institución para denunciar el poder y analizar los efectos de desconocimiento.

Por mi parte querría tratar, en cambio –y por eso comencé el curso como lo hice–, de poner en primer plano el problema mismo del poder. Dejo para más adelante las relaciones entre este análisis del poder y el problema de lo que es la verdad de un discurso sobre la locura.[2]

Comencé, como hemos visto, con la escena de Jorge III enfrentado a sus servidores, que al mismo tiempo eran los agentes del poder médico, porque me parecía un magnífico ejemplo de la confrontación entre un poder que, en la persona misma del monarca, es un poder soberano encarnado por ese rey loco, y otro tipo de poder anónimo, mudo y que, paradójicamente, se apoyaba en la fuerza a la vez muscular, dócil y no articulada en un discurso de los servidores. Por un lado, entonces, el estallido del rey y, frente a él, la fuerza regulada de los servidores. Y la operación terapéutica supuesta por Willis y luego por Pinel consistió en trasladar la locura de una soberanía que ella desencadenaba y en cuyo interior se desencadenaba, a una disciplina que presuntamente la subyugaría. Lo que se manifestaba en esa aprehensión de la locura, con anterioridad a cualquier institución e incluso al margen de todo discurso de verdad, era un cierto poder que denomino "poder de disciplina".

¿Qué es ese poder? La hipótesis que quiero proponer es que en nuestra sociedad existe algo que podríamos llamar poder disciplinario. Por ello no entiendo otra cosa que cierta forma terminal, capilar del poder, un último relevo, una modalidad mediante la cual el poder político y los poderes en general logran, en última instancia, tocar los cuerpos, aferrarse a ellos, tomar en cuenta los gestos, los comportamientos, los hábitos, las palabras; la manera, en síntesis, como todos esos poderes, al concentrarse en el descenso hacia los propios cuerpos y tocarlos, trabajan, modifican y dirigen lo que Servan llamaba las "fibras blandas del cerebro".[3] En otras palabras, creo que el po-

[2] Cf. *infra*, clases del 12 y 19 de diciembre de 1973 y 23 de enero de 1974.

[3] Joseph Michel Antoine Servan, *Discours sur l'administration…*, *op. cit.*, p. 35.

der disciplinario es una modalidad determinada, muy específica de nuestra sociedad, de lo que podríamos denominar contacto sináptico cuerpo-poder.*

La segunda hipótesis es que ese poder disciplinario, en su especificidad, tiene una historia, no nació de una sola vez pero tampoco existió siempre: se formó y siguió, en cierto modo, una trayectoria diagonal a través de la sociedad occidental. Y para no tomar sino la historia que va desde la Edad Media hasta nuestros días, creo posible decir que ese poder, en lo que tiene de específico, no se formó del todo al margen de la sociedad medieval, pero tampoco, sin duda, en su centro. Se constituyó dentro de las comunidades religiosas; de esas comunidades religiosas se trasladó, transformándose, hacia las comunidades laicas que se desarrollaron y multiplicaron en el período previo a la Reforma, digamos en los siglos XIV y XV. Y se puede captar a la perfección ese traslado en ciertos tipos de comunidades laicas no exactamente conventuales, como los famosos "Hermanos de la Vida Común", que, a partir de una serie de técnicas tomadas de la vida conventual, y a partir también de una serie de ejercicios ascéticos procedentes de toda una tradición del ejercicio religioso, definieron métodos disciplinarios concernientes a la vida cotidiana y a la pedagogía.[4] Pero éste es sólo un ejemplo de todo ese enjambre, anterior a la Reforma, de disciplinas conventuales o ascéticas. Y poco a poco,

* El manuscrito agrega: "Lo cual implica, en un plano metodológico, dejar de lado el problema del Estado, de los aparatos del Estado, y liberarse de la noción psicosociológica de autoridad".

[4] Fundada por Gérard Groote (1340-1384) en Deventer, Holanda, en 1383, la comunidad de los "Hermanos de la Vida Común", inspirada en los principios del teólogo flamenco Jan (Johannes) Van Ruysbroek y la mística renana del siglo XIV (cf. *infra*, nota 9 de la clase del 28 de noviembre de 1973), pretende sentar las bases de una reforma de la enseñanza mediante la transposición a la educación de una parte de las técnicas espirituales. Hasta fines del siglo XV se abren numerosas casas en Zwolle, Delft, Amersfoort, Lieja, Utrecht, etc. Véase Michel Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, París, Gallimard, 1975, col. "Bibliothèque des histoires", pp. 163-164 [trad. esp.: *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, México, Siglo XXI, 1976]; Albert Hyma, *The Brethren of the Common Life*, Grand Rapids, W. B. Erdmans, 1950; G. Groote, textos escogidos, en Marcel Michelet (comp.), *Le Rhin mystique. De Maître Eckhart à Thomas a Kempis*, París, Fayard, 1957; Louis Cognet, *Introduction aux mystiques rhéno-flamands*, París, Desclée de Brouwer, 1968; Willem Lourdaux, art. "Frères de la Vie commune", en cardenal Alfred Baudrillart (dir.), *Dictionnaire d'histoire et de géographie ecclésiastiques*, reedición, París, Letouzey et Ané, 1977, t. 18 (1ª ed.: s. f.).

vemos que estas técnicas se difunden en escala muy amplia, penetran la sociedad del siglo XVI y sobre todo de los siglos XVII y XVIII y se convierten durante el siglo XIX en la gran forma general de ese contacto sináptico: poder político-cuerpo individual.

Creo que la culminación de toda esta evolución que va, para tomar una referencia más o menos simbólica, de los Hermanos de la Vida Común, en el siglo XI, al punto de eclosión –es decir, el momento en que ese poder disciplinario se convierte en una forma social absolutamente generalizada–, es *El Panóptico* de Bentham, de 1791,[5] que presenta con toda exactitud la fórmula política y técnica más general del poder disciplinario. Creo que el enfrentamiento de Jorge III y sus servidores –más o menos contemporáneo de *El Panóptico*–, esa confrontación de la locura del rey y de la disciplina médica, es uno de los puntos históricos y simbólicos del surgimiento y la instalación definitiva del poder disciplinario en la sociedad. Y no me parece que se pueda analizar el funcionamiento de la psiquiatría limitándose justamente al funcionamiento de la institución asilar. No se trata, desde luego, de analizar el funcionamiento de la psiquiatría a partir de su supuesto discurso verdadero; pero creo que ni siquiera es posible hacerlo a partir del análisis de la institución: el mecanismo de la psiquiatría debe comprenderse sobre la base del funcionamiento de ese poder disciplinario.

* * *

[5] Escrita en 1787 con la forma de cartas dirigidas a un corresponsal anónimo, la obra de Jeremy Bentham se publicó en 1791 con el título de *Panopticon, or the Inspection-House. Containing the idea of a new principle of construction applicable to any sort of establishment in which persons of any description are to be kept under inspection, and in particular to penitentiary-houses, prisons, houses of industry [...] and schools, with a Plan of Management adapted to the principle*, en *Works*, edición establecida por Bowring, Edimburgo, Tait, 1791. La traducción (a cargo de Maus Sissung) de las 21 cartas que componen la primera parte se publicó con el título de *Le Panopticon*, precedido de "L'œil du pouvoir. Entretien avec Michel Foucault", París, P. Belfond, 1977, col. "L'Échapée" (primera traducción: *Panoptique. Mémoire sur un nouveau principe pour construire des maisons d'inspection, et nommément des maisons de force*, París, Imprimerie nationale, 1791; reeditado en *Œuvres de Jérémy Bentham. Le Panoptique*, compilación de Dumont, Bruselas, Louis Hauman et Cie., 1829, t. I, pp. 245-262) [trad. esp.: *El Panóptico*, seguido de "El ojo del poder", Madrid, Ediciones de la Piqueta, 1989].

Entonces, ¿qué es ese poder disciplinario? De eso quiero hablarles esta noche.

No es muy sencillo estudiarlo. Ante todo, porque abarco una escala temporal bastante amplia; tomaré ejemplos en las formas disciplinarias que van a aparecer en el siglo XVI y se desarrollan hasta las postrimerías del siglo XVIII. Tampoco es sencillo porque, para hacer bien las cosas, habría que analizar ese poder disciplinario, esa conjunción cuerpo-poder, en oposición a otro tipo de poder que presuntamente es anterior y se yuxtapuso a él. Esto es lo que voy a empezar a hacer, sin estar, por otra parte, demasiado seguro de lo que les digo.

Me parece que podemos oponer el poder disciplinario a un poder que lo precedió históricamente y con el cual, por lo demás, aquél se entrelazó durante mucho tiempo antes de triunfar. En contraste con el poder de disciplina, entonces, daré a ese poder precedente el nombre de poder de soberanía, aunque la palabra no me fascina. Ya verán por qué.

* * *

¿Qué es el poder de soberanía? Me parece que es una relación de poder que liga al soberano y al súbdito según un par de relaciones asimétricas: por un lado la sustracción, por otro, el gasto. En la relación de soberanía, el soberano sustrae productos, cosechas, objetos fabricados, armas, fuerza de trabajo, coraje; también tiempo y servicios. Y aunque no va a devolver lo que ha tomado, pues no está obligado a hacerlo, en una operación simétrica de reciprocidad se producirá el gasto del soberano, que puede adoptar, ya sea la forma del don, hecho en ocasión de ceremonias rituales –dones de acontecimientos festivos, dones en el momento de un nacimiento–, ya sea la de un servicio, pero muy distinto de lo que se ha sustraído: por ejemplo, el servicio de protección o el servicio religioso a cargo de la Iglesia; puede tratarse también del gasto pagado cuando, con motivo de festividades o de la organización de una guerra, el señor hace trabajar, por medio de retribuciones, a quienes lo rodean. Tenemos entonces este sistema de sustracción y gasto que a mi juicio caracteriza el poder de tipo soberano. Desde luego, la sustracción siempre se impone con mucho al gasto, y la disimetría es tan grande que, detrás de esa relación de soberanía y el par disimétrico sustracción-gasto, vemos perfilarse con mucha claridad la depredación, el saqueo, la guerra.

En segundo lugar, la relación de soberanía siempre lleva, me parece, la marca de una anterioridad fundadora. Para que haya relación de soberanía, es preciso que exista algo semejante a un derecho divino o a una conquista, una victoria, un acto de sumisión, un juramento de fidelidad, un acto concertado entre el soberano que otorga privilegios, una ayuda, una protección, etc., y alguien que, a cambio, se compromete; o es necesario un nacimiento y los derechos de sangre. En síntesis, y para decirlo de algún modo, la relación de soberanía siempre mira hacia atrás, hacia algo que la fundó de una vez por todas. Pero esto no impide que esa relación de soberanía deba reactualizarse de una manera regular o irregular; y siempre la reactualiza –he aquí una de sus características– algo semejante a la ceremonia, el ritual, y también el relato; es actualizada por gestos, marcas, hábitos, obligaciones de saludo, señales de respeto, insignias, blasones, etc. El hecho de que toda relación de soberanía se funde en una anterioridad y se reactualice a través de una serie de gestos más o menos rituales se debe a que, en cierto sentido, es intangible y está dada de una vez por todas, pero al mismo tiempo es frágil, siempre susceptible de caducidad, de ruptura. En consecuencia, para que esa relación de soberanía se mantenga efectivamente, siempre existe, al margen del rito de recomienzo, de reactualización, al margen del juego de las marcas rituales, la necesidad de cierto complemento de violencia o cierta amenaza de violencia que está por detrás de esa relación, que la anima y la sostiene. El reverso de la soberanía es la violencia, la guerra.

Tercera característica de las relaciones de soberanía: no son isotópicas. Con ello quiero decir que se entrecruzan, se entrelazan unas con otras de una manera que hace imposible establecer entre ellas un sistema tal que la jerarquía sea exhaustiva y planificada. En otras palabras, las relaciones de soberanía son sin duda relaciones perpetuas de diferenciación, pero no de clasificación; no constituyen un cuadro jerárquico unitario con elementos subordinados y elementos superordinados. El hecho de que no sean isotópicas significa, ante todo, que carecen de una medida común; son heterogéneas entre sí. Tenemos, por ejemplo, la relación de soberanía que encontramos entre el siervo y el señor; tenemos otra relación de soberanía, absolutamente imposible de superponer a la anterior, entre poseedor del feudo y soberano feudal o suzerano [*suzerain*]; existe también la relación de soberanía ejercida por el sacerdote sobre el laico. Y no es posible integrar todas estas relaciones

dentro de un sistema verdaderamente único. Además –y esto también marca la falta de isotopía de la relación de soberanía–, los elementos que implica, que pone en juego, no son equivalentes: una relación de soberanía puede incumbir perfectamente a la relación entre un soberano o un suzerano –no hago diferencias en un análisis tan esquemático como éste– y una familia, una colectividad, los habitantes de una parroquia o una región; pero la soberanía puede referirse a algo distinto de esas multiplicidades humanas, puede recaer sobre una tierra, un camino, un instrumento de producción –un molino, por ejemplo– o los usuarios: la gente que pasa por un peaje, un camino, queda incluida en la relación de soberanía.

De modo que, como ven, la relación de soberanía es una relación en la cual el elemento-sujeto no es tanto –e incluso puede decirse que no es casi nunca– un individuo, un cuerpo individual. La relación de soberanía no se aplica a una singularidad somática sino a multiplicidades que, de alguna forma, están por encima de la individualidad corporal: a familias, usuarios o, al contrario, a fragmentos, aspectos de la individualidad, de la singularidad somática. En la medida en que uno es hijo de X, burgués de tal ciudad, etc., queda incluido en una relación de soberanía, sea uno el soberano o, al contrario, el súbdito, y se puede ser a la vez súbdito y soberano en diferentes aspectos, y de tal manera que la planificación total de todas esas relaciones jamás puede desplegarse en un cuadro único.

En otras palabras, en una relación de soberanía, lo que llamaré la función sujeto se desplaza y circula por encima y por debajo de las singularidades somáticas; y, a la inversa, los cuerpos circularán, se desplazarán, se apoyarán aquí o allá, huirán. En esas relaciones de soberanía vamos a tener, por lo tanto, un juego perpetuo de desplazamientos, de litigios, que pondrán en circulación recíproca las funciones sujetos y las singularidades somáticas; digamos, con una palabra que no me gusta mucho, y dentro de un momento verán por qué, los individuos. Y la fijación de la función sujeto en un cuerpo determinado sólo puede hacerse de una manera discontinua, incidental, ocasional, por ejemplo en las ceremonias; en ese momento, el cuerpo del individuo está marcado por una insignia, por el gesto que hace; en el homenaje, por ejemplo, es el momento en que una singularidad somática se hace marcar concretamente por el sello de la soberanía que la acepta, o bien la soberanía hace valer sus derechos por medio de la violencia y los impone por la

fuerza a alguien a quien somete. Por lo tanto, en el nivel mismo de aplicación de la relación de soberanía, en el extremo inferior, por decirlo así, de esa relación, jamás encontramos una adecuación entre ésta y las singularidades corporales.

En cambio, si consideramos la cima, veremos en ella la individualización que no encontramos abajo; comenzamos a verla esbozarse en lo alto. Tenemos una suerte de individualización tendencial de la relación de soberanía hacia lo alto, es decir, hacia el soberano. Y habría algo semejante a una espiral monárquica que entraña necesariamente ese poder de soberanía. Entonces, en la medida en que ese poder de soberanía no es isotópico, sino que implica litigios y desplazamientos perpetuos, en la medida en que por detrás de las relaciones soberanas murmuran aún la depredación, el saqueo, la guerra, etc., y el individuo como tal no está nunca contenido en la relación, es preciso que haya, en un momento dado y hacia lo alto, algo que asegure el arbitraje; es preciso que haya un punto único, individual, que sea el vértice de todo ese conjunto de relaciones heterotópicas entre sí y absolutamente imposibles de incluir en un solo cuadro.

La individualidad del soberano está implicada por la falta de individualización de los elementos a los cuales se aplica la relación de soberanía. Necesidad, por consiguiente, de un soberano que sea en su propio cuerpo el punto hacia el cual convergen todas esas relaciones tan múltiples, tan diferentes, tan inconciliables. Así, en la cumbre misma de ese tipo de poder tenemos algo semejante al rey en su individualidad, con su cuerpo de rey. Pero observamos de inmediato un fenómeno muy curioso, que ha sido estudiado por Kantorowicz en su libro *[Los dos]* cuerpos del rey*.[6] para asegurar su soberanía, el rey debe ser un individuo con un cuerpo pero es preciso, además, que ese cuerpo no perezca con la singularidad somática del monarca; cuando éste desaparece, es necesario que la monarquía permanezca; ese cuerpo del rey, que mantiene unidas todas las relaciones de soberanía, no debe desaparecer con el

* Grabación: *El doble.*

[6] Ernst Kantorowicz, *The King's Two Bodies: A Study in Medieval Political Theology*, Princeton, Princeton University Press, 1957 (versión francesa: *Les Deux corps du roi. Essai sur la théologie politique du Moyen-Âge*, traducción de J.-P. Genet y N. Genet, París, Gallimard, 1989, col. "Bibliothèque des histoires") [trad. esp.: *Los dos cuerpos del rey*, Madrid, Alianza, 1985].

individuo X o Y que acaba de morir. Es menester, por lo tanto, cierta permanencia del cuerpo del rey; éste no debe ser su mera singularidad somática sino, además, la solidez de su reino, de su corona. De modo que la individualización que vemos esbozarse por el lado de la cima de la relación de soberanía implica la multiplicación de los cuerpos del rey. Según Kantorowicz, el cuerpo del rey es al menos doble; si lo estudiáramos de cerca es probable que viéramos, al menos desde cierta época, un cuerpo absolutamente múltiple.

Creo, entonces, que se puede decir lo siguiente: la relación de soberanía vincula, aplica algo que es un poder político sobre el cuerpo, pero nunca pone de manifiesto la individualidad.* Es un poder que no tiene función individualizadora o que sólo esboza la individualidad por el lado del soberano, y además, al precio de cierta curiosa, paradójica y mitológica multiplicación de los cuerpos. Por un lado, cuerpos pero no individualidad; por otro, una individualidad pero una multiplicidad de cuerpos.

* * *

Pues bien, vamos ahora al poder disciplinario, porque querría hablar sobre todo de él.

Creo que podemos oponerlo casi término a término con el poder de soberanía. En primer lugar, el poder disciplinario no pone en juego ese mecanismo, ese acoplamiento asimétrico de la sustracción y el gasto. En un dispositivo disciplinario no hay dualismo ni asimetría; no hay esa especie de captura fragmentaria. Me parece que el poder disciplinario puede caracterizarse ante todo por implicar no una sustracción del producto, de una parte del tiempo o de tal o cual categoría de servicio, sino una captura total o, en todo caso, que tiende a ser una captura exhaustiva del cuerpo, los gestos, el tiempo, el comportamiento del individuo. Es una captura del cuerpo y no del producto; es una captura del tiempo en su totalidad y no del servicio.

Tenemos un ejemplo muy claro de ello en la aparición, desde fines del siglo XVII y a lo largo de todo el siglo XVIII, de la disciplina militar. Hasta principios del siglo XVII, hasta la Guerra de los Treinta Años, a grandes rasgos, la

* El manuscrito aclara: "El polo sujeto jamás coincide continuamente con la singularidad somática, salvo en el ritual de la marca".

disciplina militar no existía; lo que había era un pasaje constante del vagabundeo al ejército; éste siempre estaba constituido por un grupo de gente reclutada por las necesidades de la causa y durante un tiempo determinado, y a la que se aseguraba la comida mediante el saqueo y el alojamiento a través de la ocupación inmediata de los lugares que podían encontrar a su paso. En otras palabras, en ese sistema que todavía era del orden de la soberanía se sustraía cierto tiempo de la vida de la gente, se sustraían algunos de sus recursos exigiéndoles que acudieran con sus armas y se les prometía algo que era la gran retribución del pillaje.

A partir de mediados del siglo XVII vemos surgir el sistema disciplinario en el ejército; es decir, un ejército que está acuartelado y en el cual los soldados tienen una ocupación. Están ocupados durante todo el día, durante todo el tiempo de la campaña y también, salvo cierta cantidad de desmovilizaciones, durante el período de paz y, en última instancia, hasta el fin de sus días, porque a partir de 1750 o 1760, cuando el soldado termina su vida de tal, recibe una pensión y se convierte en soldado retirado. La disciplina militar comienza a ser la confiscación general del cuerpo, del tiempo, de la vida; ya no es una sustracción de la actividad del individuo, es una ocupación de su cuerpo, su vida y su tiempo. Todo sistema disciplinario, a mi juicio, tiende a ser una ocupación del tiempo, la vida y el cuerpo del individuo.[7]

En segundo lugar, el sistema disciplinario, para funcionar, no necesita ese juego discontinuo y ritual, más o menos cíclico, de las ceremonias y las marcas. El poder disciplinario no es discontinuo; implica, al contrario, un procedimiento de control constante; en el sistema disciplinario uno no está a la eventual disposición de otra persona, sino perpetuamente bajo la mirada de alguien o, en todo caso, en situación de ser observado. No está, en consecuencia, marcado por un gesto hecho de una vez por todas o por una situación planteada desde el inicio; uno es visible y está constantemente en situación de ser mirado. De una manera más precisa, podemos decir que en la relación de poder disciplinario no hay referencia a un acto, un acontecimiento o un derecho originarios; al contrario, el poder disciplinario se refiere a un estado terminal u óptimo. Mira hacia el porvenir, hacia el momento

[7] Foucault desarrollará este punto en *Surveiller et punir...*, *op. cit.*, tercera parte, "Discipline", cap. 1, "Les corps dociles", pp. 137-171.

en que todo funcione por sí solo y la vigilancia no tenga más que un carácter virtual, cuando la disciplina, por consiguiente, se haya convertido en un hábito. En la disciplina tenemos una polarización genética y un gradiente temporal que son exactamente lo inverso de esa referencia a la anterioridad que encontramos de manera ineludible en la relación de soberanía. Toda disciplina implica esa especie de molde genético por el cual, desde un punto que no está dado como la situación insoslayable sino, al contrario, como el punto cero del comienzo de la disciplina, debe producirse un desarrollo tal que ésta funcione sola. Por otra parte, ese funcionamiento permanente de la disciplina, esa especie de continuidad genética que caracteriza el poder disciplinario, ¿quién los garantizará? No lo hará, por supuesto, la ceremonia ritual o cíclica; será, al contrario, el ejercicio, el ejercicio progresivo, graduado, el ejercicio que expondrá con detalle a lo largo de una escala temporal el crecimiento y el perfeccionamiento de la disciplina.

También en este caso podemos tomar el ejemplo del ejército. En el ejército, tal como existía bajo esa forma que llamaré poder de soberanía, había algo que podríamos denominar "ejercicios" pero que, a decir verdad, no tenía en absoluto la función del ejercicio disciplinario: eran cosas como las justas, los juegos. Vale decir que los guerreros, al menos quienes lo eran por estatus, los nobles, los caballeros, practicaban regularmente la justa, etc. En cierto sentido, esto puede interpretarse como una suerte de ejercicio, de puesta en forma del cuerpo; pero era en esencia, creo, un ensayo de valentía, una prueba mediante la cual el individuo mostraba que seguía estando en condiciones de merecer su estatus de caballero y hacer honor, por lo tanto, a la situación que le correspondía y por la cual ejercía una serie de derechos y disfrutaba de una serie de privilegios. La justa era acaso un ejercicio; pero era sobre todo, me parece, la repetición cíclica de la gran prueba por la cual un caballero se convertía en caballero.

Desde el siglo XVIII, sobre todo a partir de Federico II y el ejército prusiano, vemos aparecer en el ejército, al contrario, algo que antes prácticamente no existía, y que es el ejercicio corporal. Ejercicio corporal que no consiste, en el ejército de Federico II y los ejércitos occidentales de fines del siglo XVIII, en algo similar a la justa, es decir, ensayar, reproducir el acto mismo de la guerra. El ejercicio corporal es un adiestramiento del cuerpo; adiestramiento de la habilidad, la marcha, la resistencia, los movimientos elementales, y ello

de acuerdo con una escala graduada, muy diferente de la repetición cíclica de las justas y los juegos. Por lo tanto, no una ceremonia sino un ejercicio: ése es el medio por el cual se asegura esa [especie] de continuidad genética que, a mi entender, caracteriza a la disciplina.[8]

Para que la disciplina sea siempre ese control, esa captura permanente y global del cuerpo del individuo, creo que está necesariamente obligada a utilizar un instrumento que es la escritura. Entonces, mientras la relación de soberanía implica la actualización de la marca, podríamos decir que la disciplina, con su exigencia de completa visibilidad, su constitución de los moldes genéticos, esa suerte de continuum jerárquico que la caracteriza, apela por fuerza a la escritura. Ante todo, para velar por la anotación y el registro de todo lo que ocurre, de todo lo que hace el individuo, todo lo que dice; a continuación, para transmitir la información de abajo arriba a lo largo de la escala jerárquica, y por último, para poder mantener siempre accesible esa información y asegurar así el principio de la omnivisibilidad que es, creo, la segunda gran característica de la disciplina.

El uso de la escritura me parece absolutamente esencial para que el poder disciplinario sea global y continuo, y podríamos estudiar cómo, a partir de los siglos XVII y XVIII, tanto en el ejército como en las escuelas, los centros de aprendizaje y también en el sistema policial o judicial, etc., los cuerpos, los comportamientos y los discursos de la gente son rodeados poco a poco por un tejido de escritura, una suerte de plasma gráfico que los registra, los codifica, los transmite a lo largo de la escala jerárquica y termina por centralizarlos.* Creo que tenemos aquí una nueva relación, una relación directa y continua de la escritura con el cuerpo. La visibilidad del cuerpo y la permanencia de la escritura van a la par y producen, desde luego, lo que podríamos llamar individualización esquemática y centralizada.

Me limitaré a tomar dos ejemplos de ese juego de la escritura en la disciplina. Uno corresponde a las escuelas de aprendizaje que vemos formarse en Francia durante la segunda mitad del siglo XVII y se multiplican a lo largo

[8] Sobre los reglamentos de la infantería prusiana, cf. *ibid.*, pp. 159-161.

* El manuscrito dice: "Los cuerpos, los gestos, los comportamientos, los discursos son rodeados poco a poco por un tejido de escritura, un plasma gráfico, que los registra, los codifica, los esquematiza".

del siglo XVIII. Tomemos, si les parece, el aprendizaje corporativo de la Edad Media, del siglo XVI e, incluso, del siglo XVII: mediante un aporte económico, un aprendiz entraba al taller de un maestro y éste, en función de la suma de dinero entregada, no tenía otra obligación que transmitirle a cambio la totalidad de su saber; a través de ello, el aprendiz debía prestar al maestro todos los servicios que éste le solicitara. Intercambio, por lo tanto, del servicio cotidiano por ese gran servicio que era la transmisión del saber. Y al cabo del aprendizaje había una sola forma de control, la obra maestra, que se sometía a la cofradía de maestros, es decir a quienes tenían la responsabilidad de la corporación o el cuerpo de oficio en la ciudad en cuestión.

Ahora bien, en la segunda mitad del siglo XVII comprobamos la aparición de instituciones de un tipo completamente nuevo; tomaré como ejemplo la escuela profesional de dibujo y tapicería de los Gobelinos, que se organizó en 1667 y se perfeccionó poco a poco hasta la sanción de un reglamento importante, que debe ser de 1737.[9] En él vemos que el aprendizaje se hace de una manera totalmente distinta; ante todo, los alumnos se reparten según franjas de edades, a cada una de las cuales se impone un tipo determinado de trabajo. Ese trabajo debe hacerse en presencia o bien de profesores, o bien de gente que lo supervisa; y el trabajo debe recibir una nota, al igual que el comportamiento, la asistencia, el afán del alumno durante su labor. Esas notas se consignan en registros que se conservan y transmiten de jerarquía en jerarquía hasta el propio director de la manufactura de los Gobelinos, y de ahí se envía al ministerio de la Casa Real un informe sucinto sobre la calidad del trabajo, las capacidades de los alumnos y la posibilidad, en lo sucesivo, de considerarlos efectivamente como maestros. Presenciamos aquí la constitución en torno del comportamiento del aprendiz de toda esa red de escritura que, por una parte, codificará toda su conducta, en función de una serie de notas determinadas de antemano, luego la esquematizará y, por último, la

[9] El edicto de noviembre de 1667 para el establecimiento de una fábrica de muebles de la Corona en los Gobelinos determina el reclutamiento y la condición de los aprendices, organiza un aprendizaje corporativo y funda una escuela de dibujo. En 1737 se sanciona un nuevo reglamento. Cf. también Édouard Gerspach (comp.), *La Manufacture nationale des Gobelins*, París, Delagrave, 1892, "Règlement de 1680 imposant de chanter à voix basse des cantiques dans l'atelier", pp. 156-160. Véase Michel Foucault, *Surveiller et punir*..., *op. cit.*, pp. 158-159.

transmitirá a un punto de centralización encargado de definir su aptitud o ineptitud. Tenemos, entonces, una investidura por la escritura, la codificación, la transferencia y la centralización; en suma, la constitución de una individualidad esquemática y centralizada.

Podríamos decir lo mismo con respecto a la disciplina policial que se estableció en la mayor parte de los países de Europa, y sobre todo en Francia, a partir de la segunda mitad del siglo XVIII. La práctica policial, en la segunda mitad del siglo anterior, era todavía muy sobria en materia de escritura: cuando se cometía una infracción que no era de la incumbencia de los tribunales, la decisión, simplemente notificada, quedaba a cargo del teniente de policía (o sus asistentes). Después, poco a poco, en el transcurso del siglo XVIII se desarrollaría todo el cerco del individuo por la escritura. Vemos aparecer, entonces, las visitas de control que se hacen a las diferentes casas de internación para saber qué pasa con el individuo: por qué ha sido arrestado, en qué fecha, cuál es su comportamiento desde entonces, si ha hecho progresos, etc. Y luego, el sistema mismo se perfecciona y en la segunda mitad del siglo XVIII se comienzan a establecer prontuarios referidos a quienes han tenido un mero contacto con la policía o de los cuales ésta sospecha algo; y hacia la década de 1760, creo, los funcionarios policiales reciben la misión de hacer, con referencia a los individuos sospechosos, informes en dos copias, una que debe quedar en el lugar para permitir, por consiguiente, un control del individuo en el propio sitio donde se encuentra –esos informes, desde luego, deben mantenerse actualizados–, y otra que se envía a París, donde se centraliza en el ministerio y se difunde por otras grandes regiones correspondientes a diferentes tenientes de policía para que, si la persona se desplaza, se la pueda identificar sin demora. Y así se constituyen biografías o, a decir verdad, individualidades policiales de la gente a partir de esas técnicas de lo que denominaré el cerco perpetuo por medio de la escritura. En 1826, cuando se descubre la manera de aplicar la técnica de las fichas ya utilizada en las bibliotecas y los jardines botánicos, tenemos ya la constitución de esa individualidad administrativa y centralizada.[10]

[10] Michel Foucault, *Surveiller et punir...*, *op. cit.*, pp. 215-219. Sobre los registros policiales del siglo XVIII, cf. Marc Chassaigne, *La Lieutenance générale de police de Paris*, París, A. Rousseau, 1906.

Por último, la visibilidad continua y perpetua así garantizada por la escritura tiene un efecto importante: la extrema prontitud de la reacción del poder de disciplina permitida por esta visibilidad que es constante en el sistema disciplinario. A diferencia del poder soberano que sólo interviene de manera violenta, de vez en cuando y con la forma de la guerra, el castigo ejemplar o la ceremonia, el poder disciplinario podrá intervenir sin descanso desde el primer instante, el primer gesto, el primer esbozo. El poder disciplinario tiene una tendencia intrínseca a intervenir en el nivel mismo de lo que sucede, el momento en que la virtualidad se convierte en realidad; siempre tiende a intervenir previamente, *antes del propio acto si es posible*, y lo hace a través de un juego de vigilancia, recompensas, castigos y presiones que son infrajudiciales.

Y si se puede decir que el reverso de la relación de soberanía era la guerra, creo que también puede decirse que el reverso de la relación disciplinaria es ahora el castigo, la presión punitiva a la vez minúscula y continua.

En este caso también podríamos tomar un ejemplo de la disciplina obrera, la disciplina del taller. Uno de los rasgos característicos de los contratos de obreros que se firmaban –y hay algunos de épocas bastante tempranas, en los siglos XV y XVI– era que el obrero debía terminar su trabajo en tal o cual fecha *o dar tantos días de trabajo a su patrón. Si el trabajo no estaba terminado o* no se había cumplido el número de días establecidos, el obrero debía dar el equivalente de lo que faltaba o bien agregar una cantidad de trabajo adicional en concepto de multa, y eventualmente una suma de dinero. Por lo tanto, era un sistema punitivo que se conectaba con lo que se había cometido efectivamente, fuera como perjuicio o como falta, y funcionaba en y a partir de ello.

En cambio, desde el siglo XVIII vemos nacer toda una disciplina fabril que es una disciplina tenue y referida, en cierto modo, a las virtualidades mismas del comportamiento. En los reglamentos fabriles que se distribuyen en ese momento comprobamos que se vigila el comportamiento de los obreros entre sí y se registran con minucia sus retrasos y sus ausencias; vemos también que se castiga todo lo que puede ser distracción. En un reglamento de los Gobelinos que data de 1680, por ejemplo, se aclara que, en caso de entonarse cánticos mientras se trabaja, es preciso cantarlos en voz baja para no molestar a quien está al lado.[11] Hay reglamentos que dicen que al volver

[11] Édouard Gerspach, *La Manufacture…*, *op. cit.*

del almuerzo o la cena no hay que contar historias subidas de tono, porque distraen a los obreros, quienes después carecen de la calma necesaria para trabajar. Presión continua, entonces, de ese poder disciplinario que no recae sobre la falta, el perjuicio, sino sobre la virtualidad del comportamiento. Aun antes de que el gesto sea una realidad debe poder identificarse algo, y el poder disciplinario debe intervenir: intervenir, en cierto modo, antes de la manifestación misma del comportamiento, antes del cuerpo, el gesto o el discurso, en el plano de la virtualidad, la disposición, la voluntad, el nivel del alma. Así vemos proyectarse detrás del poder disciplinario algo que es el alma, un alma muy diferente de la que habían definido la práctica y la teoría cristianas.

Para resumir todo este segundo aspecto del poder disciplinario, que podríamos llamar su carácter panóptico, la visibilidad absoluta y constante que rodea el cuerpo de los individuos, creo posible decir lo siguiente: ese principio panóptico –ver todo, todo el tiempo, a todo el mundo, etc.– organiza una polaridad genética del tiempo; efectúa una individualización centralizada cuyo soporte e instrumento es la escritura, e implica, por último, una acción punitiva y continua sobre las virtualidades de comportamiento que proyecta detrás del propio cuerpo algo semejante a una psique.

Terminamos con la tercera característica del dispositivo disciplinario, que lo opone al dispositivo de soberanía: los dispositivos disciplinarios son isotópicos o, al menos, tienden a la isotopía. Lo cual quiere decir varias cosas.

En primer lugar, en un dispositivo disciplinario, cada elemento tiene su lugar bien determinado; tiene sus elementos subordinados y sus elementos superordinados. Los grados en el ejército e, incluso, en la escuela, la distinción muy clara entre las diferentes clases de edades y, dentro de ellas, entre los rangos de cada uno, todo esto, adquirido en el siglo XVIII, es un soberbio ejemplo de esa isotopía. No debemos olvidar, para mostrar hasta dónde llegaba la cosa, que en las clases disciplinadas según el modelo de los jesuitas[12]

[12] Impuesto a las casas de la Compañía de Jesús por una circular del 8 de enero de 1599, el *Ratio Studiorum* –redactado en 1586– organiza la distribución del estudio por clases, divididas en dos campos y éstos en decurias, a la cabeza de las cuales se pone a un "decurión" encargado de la vigilancia. Cf. Camille de Rochemonteix, *Un collège de jésuites aux XVII^e et XVIII^e siècles: le collège Henri IV de La Flèche*, Le Mans, Leguicheux, 1889, t. I, pp. 6-7 y 51-52. Véase Michel Foucault, *Surveiller et punir…*, *op. cit.*, pp. 147-148.

y sobre todo según el modelo de escuela de los Hermanos de la Vida Común, el lugar en la clase estaba determinado por la posición del individuo en sus resultados escolares.[13] De tal manera, lo que se denominaba *locus* del individuo era a la vez su lugar en la clase y su rango en la jerarquía de valores y éxitos. Magnífico ejemplo de esa isotopía del sistema disciplinario.

Por consiguiente, en ese sistema, el desplazamiento no puede hacerse por discontinuidad, litigio, guerra, favor, etc.; no puede hacerse por medio de la ruptura como sucedía con el poder de soberanía, sino a través de un movimiento reglado que va a ser el del examen, el concurso, la antigüedad, etcétera.

Pero isotópico también quiere decir que entre esos distintos sistemas no hay conflicto ni incompatibilidad. Los diferentes dispositivos disciplinarios deben poder articularse entre sí. A causa, justamente, de esa codificación, de esa esquematización, a causa de las propiedades formales del dispositivo disciplinario, siempre debe ser posible pasar de uno a otro. De tal modo, las clasificaciones escolares se proyectan, sin demasiadas dificultades y por medio de cierta cantidad de correcciones, en las jerarquías sociales, técnicas que encontramos en los adultos. La jerarquización que observamos en el sistema disciplinario y militar hace suyas, transformándolas, las jerarquías disciplinarias que vemos en el sistema civil. En síntesis, la isotopía de esos diferentes sistemas es poco menos que absoluta.

Por último, isotópico quiere decir sobre todo otra cosa: en el sistema disciplinario, el principio de distribución y clasificación de todos los elementos implica necesariamente un residuo: siempre hay, entonces, algo "inclasificable". En las relaciones de soberanía, por su parte, el obstáculo que encontrábamos era el límite entre los diferentes sistemas de soberanía, eran los litigios, los conflictos, la suerte de guerra permanente entre los distintos sistemas; ése era el punto contra el cual tropezaba el sistema de soberanía. El

[13] Alusión a la innovación introducida por Jean Cele (1375-1417), director de la escuela de Zwolle, que distribuyó a los alumnos en clases, cada una de las cuales tenía su programa especial, su responsable y su lugar dentro de la escuela; los alumnos eran asignados a una u otra en función de sus resultados. Cf. Gabriel Mir, *Aux sources de la pédagogie des jésuites. Le "Modus Parisiensis"*, Roma, Bibliotheca Instituti Historici, 1968, vol. XXVIII, pp. 172-173; Mathieu-Jules Gaufrès, "Histoire du plan d'études protestant", *Bulletin de l'Histoire du Protestantisme Français*, vol. XXV, 1889, pp. 481-498. Véase Michel Foucault, *Surveiller et punir…*, *op. cit.*, pp. 162-163.

punto contra el cual van a chocar los sistemas disciplinarios que clasifican, jerarquizan, vigilan, etc., será el elemento que no puede clasificarse, el que escapa a la vigilancia, el que no puede entrar en el sistema de distribución; en síntesis, el residuo, lo irreductible, lo inclasificable, lo inasimilable. Tal será el escollo en esta física del poder disciplinario. Por ende, todo poder disciplinario tendrá sus márgenes. El desertor, por ejemplo, no existía antes de los ejércitos disciplinados, pues se trataba simplemente del futuro soldado, el que dejaba el ejército para poder volver a él en caso de necesidad, cuando tuviera ganas o lo llevaran por la fuerza. Por el contrario, desde el momento en que existe un ejército disciplinado, es decir personas que entran en él, hacen carrera, siguen cierto escalafón y son vigiladas de un extremo a otro, el desertor es quien escapa a ese sistema y es irreductible a él.

De la misma manera, desde el momento en que hay disciplina escolar, vemos surgir al débil mental.[14] El irreductible a la disciplina escolar sólo puede existir con respecto a esa disciplina; quien no aprende a leer y escribir sólo puede manifestarse como problema, como límite, a partir del momento

[14] Así, en 1904 el ministro de Instrucción Pública crea una comisión para "estudiar los medios que deben emplearse con el fin de asegurar la instrucción primaria [...] a todos los 'niños anormales y atrasados'". En ese marco, Alfred Binet (1857-1911) recibe en 1905 la tarea de determinar la manera de identificar a los niños retrasados. Junto con Théodore Simon (1873-1961), director de la colonia de niños de Perray-Vaucluse, Binet emprende la realización de encuestas mediante cuestionarios en las escuelas del segundo y el vigésimo distritos de París, y sobre esa base ambos elaboran una "escala métrica de la inteligencia destinada a evaluar los retrasos del desarrollo" (Alfred Binet y Théodore Simon, "Applications des méthodes nouvelles au diagnostic du niveau intellectuel chez les enfants normaux et anormaux d'hospice et d'école", en *L'Année Psychologique*, t. XI, 1905, pp. 245-336). Los débiles mentales se definen entonces mediante "una característica negativa": "debido a su organización física e intelectual, estos seres son incapaces de sacar provecho de los métodos de instrucción y educación que se utilizan en las escuelas públicas" (Alfred Binet y Théodore Simon, *Les Enfants anormaux. Guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*, prefacio de Léon Bourgeois, París, Armand Colin, 1907, p. 7) [trad. esp.: *Los niños anormales. Guía para la admisión de niños anormales en clases de perfeccionamiento*, Madrid, Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 1992]. Cf. Gaby Netchine, "Idiots, débiles et savants au XIX[e] siècle", en René Zazzo (comp.), *Les Débilités mentales*, París, Armand Colin, 1969, col. "U", pp. 70-107 [trad. esp.: *Los débiles mentales*, Barcelona, Fontanella, 1983]; Francine Muel, "L'école obligatoire et l'invention de l'enfance anormale", en *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1, enero de 1975, pp. 60-74.

en que la escuela sigue el esquema disciplinario. De igual modo, ¿cuándo apareció la categoría que llamamos los delincuentes? Éstos, no los infractores –pues es cierto que toda ley tiene por correlato la existencia de infractores que la violan–, los delincuentes como grupo inasimilable, como grupo irreductible, sólo podían aparecer a partir de la existencia de una disciplina policial con respecto a la cual surgen. En cuanto al enfermo mental, es sin duda el residuo de todos los residuos, el residuo de todas las disciplinas, aquel que, dentro de una sociedad, es inasimilable a todas las disciplinas escolares, militares, policiales, etcétera.

Por lo tanto, creo que tenemos aquí una característica propia de esta isotopía de los sistemas disciplinarios: la existencia necesaria de los residuos, que va a ocasionar, desde luego, la aparición de sistemas disciplinarios complementarios para poder recuperar a esos individuos, y así al infinito. Como hay débiles mentales, es decir, gente irreductible a la disciplina escolar, se van a crear escuelas para ellos, y luego escuelas para quienes son irreductibles a las escuelas destinadas a los débiles mentales. Ocurre lo mismo en lo concerniente a los delincuentes; la organización del "hampa" fue, en cierto modo, la obra común de la policía y de quienes eran irreductibles. El hampa es una manera de hacer colaborar efectivamente al delincuente en el trabajo de la policía. Puede decirse que es la disciplina de quienes son irreductibles a la disciplina policial.

En resumen, el poder disciplinario tiene la doble propiedad de ser anomizante, vale decir, de poner siempre a distancia a una serie de individuos, exponer la anomia, lo irreductible, y de ser siempre normalizador, inventar siempre nuevos sistemas de recuperación, restablecer siempre la regla. Los sistemas disciplinarios se caracterizan por un trabajo constante de la norma en la anomia.

Creo entonces que podemos resumir todo esto diciendo que el principal efecto del poder disciplinario es lo que podríamos llamar la modificación exhaustiva de las relaciones entre la singularidad somática, el sujeto y el individuo. En el poder de soberanía, en esa forma de ejercicio del poder, traté de mostrarles que los procedimientos de individualización se delineaban en la cima, que había una individualización tendencial por el lado del soberano, con ese juego de los cuerpos múltiples que lleva a la individualidad a perderse en el momento mismo de aparecer. En los sistemas disciplinarios, por el

contrario, me parece que en la cima, por el lado de quienes ejercen o hacen funcionar esos sistemas, la función individual desaparece.

Un sistema disciplinario está hecho para funcionar por sí solo, y su responsable o director no es tanto un individuo como una función ejercida por éste, pero que también podría ser ejercida por otro, cosa que no sucede jamás en la individualización de la soberanía. Y, por otra parte, aun el responsable de un sistema disciplinario está contenido dentro de un sistema más grande, que a su vez lo vigila y en cuyo seno está disciplinado. Hay, entonces, borradura de la individualización en la cima. En cambio, el sistema disciplinario implica, y esto me parece lo esencial, una individualización tendencial muy fuerte en la base.

En el poder de soberanía intenté mostrarles que la función sujeto no se adhería nunca a una singularidad somática, salvo en casos incidentales como la ceremonia, la marca, la violencia, etc., y que la mayor parte del tiempo, y al margen de esos rituales, circulaba siempre por encima o por debajo de las singularidades somáticas. En el poder disciplinario, por el contrario, la función sujeto se ajusta exactamente a la singularidad somática: el cuerpo, sus gestos, su lugar, sus desplazamientos, su fuerza, el tiempo de su vida, sus discursos, sobre todo eso se aplica y se ejerce la función sujeto del poder disciplinario. La disciplina es la técnica de poder por la cual la función sujeto se superpone y se ajusta exactamente a la singularidad somática.

En una palabra, podemos decir que el poder disciplinario –y ésta es sin duda su propiedad fundamental– fabrica cuerpos sujetos, fija con toda exactitud la función sujeto al cuerpo; [sólo] es individualizante [en el sentido de que] el individuo no [es] otra cosa que el cuerpo sujeto. Y podemos resumir toda esta mecánica de la disciplina de la siguiente manera: el poder disciplinario es individualizante porque ajusta la función sujeto a la singularidad somática por intermedio de un sistema de vigilancia y escritura o un sistema de panoptismo pangráfico que proyecta por detrás de la singularidad somática, como su prolongación o su comienzo, un núcleo de virtualidades, una psique, y establece, además, la norma como principio de partición y la normalización como prescripción universal para todos esos individuos así constituidos.

Así pues, en el poder disciplinario tenemos una serie constituida por la función sujeto, la singularidad somática, la mirada perpetua, la escritura, el mecanismo del castigo infinitesimal, la proyección de la psique y, por último,

la división normal-anormal. Todo esto constituye al individuo disciplinario; todo esto, finalmente, ajusta entre sí la singularidad somática y un poder político. Y lo que podemos llamar individuo no es aquello a lo cual se aferra el poder político; lo que debemos llamar individuo es el efecto producido, el resultado de esa fijación, por las técnicas que les he indicado, del poder político a la singularidad somática. No quiero decir en absoluto que el poder político sea el único procedimiento de individualización que haya existido en nuestra civilización –trataré de volver a ello la vez que viene–, sino que la disciplina es la forma terminal, capilar, del poder que constituye al individuo como blanco, como *partenaire*, como contracara en la relación de poder.

En esa medida, y si lo que les digo es cierto, no se puede decir que el individuo preexiste a la función sujeto, a la proyección de una psique, a la instancia normalizadora. Al contrario, el individuo apareció dentro de un sistema político porque la singularidad somática, en virtud de los mecanismos disciplinarios, se convirtió en portadora de la función sujeto. El individuo se constituyó en la medida en que la vigilancia ininterrumpida, la escritura continua y el castigo virtual dieron marco a ese cuerpo así sojuzgado y le extrajeron una psique; y el hecho de que la instancia normalizadora distribuyera, excluyera y retomara sin cesar ese cuerpo-psique sirvió para caracterizarlo.

No se trata, por tanto, de deshacer las jerarquías, las coacciones, las prohibiciones, para poner de relieve al individuo, como si éste fuera algo que existe debajo de todas las relaciones de poder, que es preexistente a ellas y sobre quien éstas pesan de manera indebida. De hecho, el individuo es el resultado de algo que le es anterior: el mecanismo, todos los procedimientos que fijan el poder político al cuerpo. Debido a que el cuerpo fue "subjetivizado" –esto es, la función sujeto se fijó en él–, a que fue psicologizado, a que fue normalizado, resultó posible la aparición del individuo, y con referencia a ello se puede hablar, se pueden emitir discursos, se puede intentar fundar ciencias.

Las ciencias del hombre, tomadas en todo caso como ciencias del individuo, no son más que el efecto de toda esta serie de procedimientos. Por otra parte, advertirán que sería absolutamente falso en un plano histórico, y por lo tanto político, reivindicar los derechos originarios del individuo contra algo como el sujeto, la norma o la psicología. En realidad, el individuo es, desde el comienzo y por obra de esos mecanismos, sujeto normal, sujeto psicológicamente normal; y, por consiguiente, la desubjetivación, la desnormalización, la

despsicologización, implican necesariamente la destrucción del individuo como tal. La desindividualización va a la par con estas otras tres operaciones que les menciono.

Querría simplemente agregar una última palabra. Suele hacerse de la emergencia del individuo en el pensamiento y la realidad política de Europa el efecto de un proceso que es a la vez el desarrollo de la economía capitalista y la reivindicación del poder político por parte de la burguesía; de allí habría nacido la teoría filosófico-jurídica que, en líneas generales, vemos desarrollarse desde Hobbes hasta la Revolución Francesa.[15] Pero creo que, si bien es verdad que se puede ver efectivamente cierta idea del individuo en el nivel del que les hablo, también hay que ver la constitución concreta del individuo a partir de determinada tecnología del poder; y me parece que esa tecnología es la disciplina, propia del poder que nace y se desarrolla desde la edad clásica, que aísla y recorta, a partir del juego de los cuerpos, ese elemento históricamente nuevo que llamamos individuo.

Habría, por decirlo así, una especie de tenaza jurídico-disciplinaria del individualismo. Tenemos al individuo jurídico tal como aparece en esas teorías filosóficas o jurídicas: el individuo como sujeto abstracto, definido por derechos individuales, al que ningún poder puede limitar salvo si [él] lo acepta por contrato. Y por debajo de ello, junto a ello, tenemos el desarrollo de toda una tecnología disciplinaria que puso de manifiesto al individuo como realidad histórica, como elemento de las fuerzas productivas, como elemento, también, de las fuerzas políticas; y ese individuo es un cuerpo sujeto, atrapado en un sistema de vigilancia y sometido a procedimientos de normalización.

* * *

El discurso de las ciencias humanas tiene precisamente la función de hermanar, acoplar al individuo jurídico y al individuo disciplinario, hacer creer

[15] Véase la obra de Crawford Brough Macpherson, *The Political Theory of Possessive Individualism*, Oxford, Oxford University Press, 1961. Versión francesa: *La Théorie politique de l'individualisme possessif*, traducción de M. Fuchs, París, Gallimard, 1971, col. "Bibliothèque des idées" [trad. esp.: *La teoría política del individualismo posesivo: de Hobbes a Locke*, Barcelona, Fontanella, 1979].

que el *primero tiene por contenido concreto, real, natural, lo que la tecnología* política recortó y constituyó como individuo disciplinario. Raspad al individuo jurídico, dicen las ciencias humanas (psicológicas, sociológicas, etc.), y encontraréis a cierto hombre; y de hecho, lo que presentan como el hombre es el individuo disciplinario. De manera conjunta y, por otra parte, en dirección *inversa de esos discursos de las ciencias humanas,* tenemos el discurso humanista, que es *la recíproca del primero y* consiste en decir: el *individuo* disciplinado es un individuo alienado, sojuzgado, un individuo que carece de autenticidad; raspadlo o, mejor, devolvedle la plenitud de sus derechos, y encontraréis, como su forma originaria viviente y vivaz, un individuo que es el individuo filosófico-jurídico. Ese juego entre el individuo jurídico y el individuo *disciplinario sirve de base, creo, tanto al discurso de las ciencias* humanas como al discurso humanista.

Y lo que en los siglos XIX y XX se llama Hombre no es otra cosa que una especie de imagen remanente de esa oscilación entre el individuo jurídico, que fue sin duda el instrumento mediante el cual la burguesía reivindicó el poder en su discurso, y el individuo disciplinario, que es el resultado de la *tecnología utilizada por esa misma burguesía para constituir al individuo en* el campo de las fuerzas productivas y políticas. De esa oscilación entre el individuo jurídico, instrumento ideológico de la reivindicación del poder, y el individuo disciplinario, instrumento real de su ejercicio material, de esa oscilación entre el poder que se reivindica y el poder que se ejerce, nacieron la ilusión y la realidad que llamamos Hombre.[16]

[16] Cf. Michel Foucault, "Mon corps, ce papier...", *op. cit.*

Clase del 28 de noviembre de 1973

Elementos de una historia de los dispositivos disciplinarios: las comunidades religiosas de la Edad Media; la colonización pedagógica de la juventud; las misiones jesuíticas en Paraguay; el ejército; los talleres; las ciudades obreras – La formalización de esos dispositivos en el modelo de El Panóptico *de Jeremy Bentham – La institución familiar y el surgimiento de la función psi.*

VOY A COMENZAR con algunas observaciones sobre la historia de los dispositivos disciplinarios.

La semana pasada traté de describirlos de manera un poco abstracta y al margen de cualquier diacronía, así como de todos los sistemas de determinación que indujeron la introducción y la generalización de esos dispositivos disciplinarios. Lo que les describí era una especie de aparato, de maquinaria cuyas principales formas aparecen a la luz del día a partir del siglo XVII y sobre todo del siglo XVIII. En realidad, los dispositivos disciplinarios no se formaron en los siglos XVII y XVIII; lejos de ello. Y en particular, no reemplazaron de una vez a esos dispositivos de soberanía a los cuales traté de oponerlos. Los dispositivos disciplinarios vienen de lejos; están anclados y funcionaron durante mucho tiempo en medio de los dispositivos de soberanía; formaron islotes dentro de los cuales se ejercía un tipo de poder que era muy diferente de lo que podríamos llamar para la época la morfología general de la soberanía.

¿Dónde existieron esos dispositivos disciplinarios? No es difícil descubrirlos y seguirlos; los encontramos en esencia en las comunidades religiosas, trátese de las comunidades regulares –digo regulares en el sentido de estatutarias, reconocidas por la Iglesia– o de las comunidades espontáneas. Ahora bien, me parece importante destacar que esos dispositivos disciplinarios, tal

como los vemos en las comunidades religiosas, en el fondo desempeñaron durante la Edad Media, y hasta el siglo XVI inclusive, un doble papel.

Desde luego, dichos dispositivos disciplinarios se integraron al esquema general de la soberanía a la vez feudal y monárquica; lo cierto es que funcionaron de manera positiva dentro de ese dispositivo más general que los enmarcaba y sostenía y, en todo caso, los toleraba perfectamente. Pero también cumplieron un papel crítico, un papel de oposición e innovación. Y creo que de manera muy esquemática puede decirse lo siguiente: por una parte, en la Iglesia, a través de las elaboraciones e, incluso, las reactivaciones de los dispositivos disciplinarios, se transformaron no sólo las propias órdenes religiosas sino también las prácticas, las jerarquías y la ideología de la religión. Daré simplemente un ejemplo.

Una reforma como la que se produjo en los siglos XI y XII o, mejor, la serie de reformas acaecidas en esa época dentro de la orden benedictina, representa en el fondo un intento de arrancar la práctica religiosa o la orden entera al sistema de soberanía feudal en cuyo interior estaba contenida e incrustada.[1] En líneas generales, puede decirse que la gran forma cluniacense era una forma monástica que había sido investida y hasta parasitada a tal extremo por el sistema feudal, que la propia orden de Cluny era en su totalidad, tanto en

[1] Alusión a las diversas reformas que, por juzgar a las comunidades benedictinas demasiado abiertas a la sociedad y reprocharles haber perdido el espíritu del monacato penitencial, pretenden cumplir las obligaciones de la regla de san Benito. Cf.: a) Ursmer Berlière, *L'Ordre monastique des origines au XII^e^ siècle*, París, Desclée de Brouwer, 1921; *L'Ascèse bénédictine des origines à la fin du XII^e^ siècle*, París, Desclée de Brouwer, 1927; "L'étude des réformes monastiques des X^e^ et XI^e^ siècles", en *Bulletin de la Classe des Lettres et des Sciences Morales et Politiques*, Bruselas, Académie Royale de Belgique, t. 18, 1932; b) Ernst Werner, *Die Gesellschaftlichen Grundlagen der Klosterreform im XI. Jahrhundert*, Berlín, Akademie-Verlag, 1953; c) Jean Leclercq, s. j., "La crise du monachisme aux XI^e^-XII^e^ siècles", en *Aux sources de la spiritualité chrétienne*, París, Éd. du Cerf, 1964. Sobre las órdenes monásticas en general, cf.: R. P. P. Helyot *et al.*, *Dictionnaire des ordres religieux, ou Histoire des ordres monastiques, religieux et militaires [...]*, París, Éd. du Petit-Montrouge, 1847 (1ª ed., 1714-1719), 4 vols.; Patrice Cousin, *Précis d'histoire monastique*, París, Bloud et Gay, 1956; David Knowles, "Les siècles monastiques", en David Knowles y Dimitri Obolensky, *Nouvelle histoire de l'Église*, t. II, *Le Moyen Âge (600-1500)*, trad. de L. Jézéquel, París, Seuil, 1968, pp. 223-240; Marcel Pacaut, *Les Ordres monastiques et religieux au Moyen Âge*, París, Nathan, 1970.

su existencia como en su economía y sus jerarquías internas, un dispositivo de soberanía.[2] ¿En qué consistió la reforma de Cister?[3] La reforma cisterciense consistió en devolver a la orden cierta disciplina, reconstituir un dispositivo disciplinario que se remitía a una regla más originaria y aparentemente olvidada; un sistema disciplinario en el cual se recuperara ante todo la regla de la pobreza, la obligación del trabajo manual y del pleno uso del tiempo, la desaparición de los bienes personales y los gastos suntuarios, la regulación del régimen alimentario y la vestimenta, la regla de la obediencia interna, el fortalecimiento de la jerarquía. En suma, vemos aparecer aquí todas las características del sistema disciplinario como un esfuerzo de desvinculación de la orden monástica con respecto al dispositivo de soberanía que

[2] Fundada en 910 en el Mâconnais, la orden de Cluny, puesta bajo la regla de san Benito, se desarrolla en los siglos XI y XII en simbiosis con la clase señorial de la cual salen la mayoría de sus abades y priores. Cf.: R. P. P. Helyot *et al.*, *Dictionnaire des ordres religieux…*, *op. cit.*, t. I, columnas 1002-1036; U. Berlière, *L'Ordre monastique…*, *op. cit.*, cap. IV, "Cluny et la réforme monastique", pp. 168-197; Guy de Valous, *Le Monachisme clunisien des origines au XV^e siècle. Vie intérieure des monastères et organisation de l'ordre*, París, 2 vols. ("Archives de la France monastique", tomos 39 y 40), 2ª ed. revisada y aumentada, París, A. Picard, 1935, t. II, *L'Ordre de Cluny*, 1970, y artículo "Cluny", en cardenal Amédée Baudrillart (dir.), *Dictionnaire d'histoire et de géographie…*, *op. cit.*, t. 13, 1956, columnas 35-174; Patrice Cousin, *Précis d'histoire monastique*, *op. cit.*, p. 5; Adriaan Henrik Bredero, "Cluny et Cîteaux au XII^e siècle. Les origines de la controverse", en *Studi Medievali*, 1971, pp. 135-176.

[3] Cister, fundada el 21 de marzo de 1098 por Roberto de Molesmes (1028-1111), se separa de la orden de Cluny para volver a la observancia rigurosa de la regla de san Benito, con énfasis en la pobreza, el silencio, el trabajo y la renuncia al mundo. Cf.: R. P. P. Helyot *et al.*, *Dictionnaire des ordres religieux…*, *op. cit.*, t. I, columnas 920-959; Ursmer Berlière, "Les origines de l'ordre de Cîteaux et l'ordre bénédictin au XII^e siècle", en *Revue d'Histoire Ecclésiastique*, 1900, pp. 448-471, y 1901, pp. 253-290; Jean Martial Besse, art. "Cisterciens", en Alfred Vacant (dir.), *Dictionnaire de théologie catholique*, París, Letouzey et Ané, 1905, t. II, columnas 2532-2550; Robert Trilhe, art. "Cîteaux", en Fernand Cabrol (dir.), *Dictionnaire d'archéologie chrétienne et de liturgie*, París, Letouzey et Ané, 1913, t. III, columnas 1779-1811; U. Berlière, *L'Ordre monastique…*, *op. cit.*, pp. 168-197; Jean-Berthold Mahn, *L'Ordre cistercien et son gouvernement, des origines au milieu du XIII^e siècle (1098-1265)*, París, E. de Boccard, 1945; Joseph-Marie Canivez, art. "Cîteaux (Ordre de)", en cardenal A. Baudrillart (dir.), *Dictionnaire d'histoire et de géographie…*, *op. cit.*, t. 12, 1953, columnas 874-997; Louis Julius Lekai, *Les Moines blancs. Histoire de l'ordre cistercien*, París, Seuil, 1957.

la había atravesado y corroído. Y gracias a ello, por otra parte, la orden de Cister pudo concretar una serie de innovaciones económicas; gracias, justamente, a esa regla de pobreza, a esos sistemas jerárquicos, a esas reglas de obediencia y trabajo y también a todo el sistema de anotación, contabilidad, etc., que estaban ligados a la práctica disciplinaria.

Podríamos decir, asimismo, que el papel a la vez crítico e innovador de los sistemas disciplinarios durante la Edad Media no se limitó al ámbito de la innovación económica; también lo tuvieron en el orden político. Es posible afirmar, por ejemplo, que los nuevos poderes políticos que tratan de salir a la luz a través del feudalismo y a partir de los dispositivos de soberanía, esos nuevos poderes centralizados que son la monarquía, por un lado, y el papado, por otro, intentan dotarse de instrumentos novedosos con respecto a los mecanismos de soberanía, instrumentos que son de tipo disciplinario. De tal modo, la orden de los dominicanos, por ejemplo, con toda la nueva disciplina que representa en comparación con las otras reglas monásticas,[4] y la orden de los benedictinos[5] fueron en manos del papado, e igualmente en manos de la monarquía francesa, un instrumento merced al cual fue posible quebrar ciertos elementos del sistema feudal, ciertos dispositivos de soberanía que existían, por ejemplo, en el Mediodía de Francia, en Occitania, etc.

[4] En 1215, en torno del canónigo castellano Domingo de Guzmán, se establece una comunidad de predicadores evangélicos que viven bajo la regla de san Agustín y a quienes el papa Honorio III otorga en enero de 1217 el nombre de "Hermanos Predicadores". Cf.: R. P. P. Helyot *et al., Dictionnaire des ordres religieux..., op. cit.*, t. I, columnas 86-113; Georgina R. Galbraith, *The Constitution of the Dominican Order (1216-1360)*, Manchester, Publications of the University of Manchester, 1925; Marie-Humbert Vicaire, *Histoire de saint Dominique*, París, Éd. du Cerf, 1957, 2 vols. [trad. esp.: *Historia de santo Domingo*, Madrid, Edibesa, 2003], y *Saint Dominique et ses frères*, París, Éd. du Cerf, 1967. Véanse también: Pierre Mandonnet, art. "Frères Prêcheurs", en Alfred Vacant y Eugène Mangenot (dirs.), *Dictionnaire de théologie catholique*, París, Letouzey et Ané, 1905, t. VI, reed. de 1910, columnas 863-924; R. L. Œchslin, art. "Frères Prêcheurs", en André Rayez (dir.), *Dictionnaire de spiritualité ascétique et mystique*, París, Beauchesne, 1964, t. V, columnas 1422-1524; André Duval y Marie-Humbert Vicaire, art. "Frères Prêcheurs (Ordre des)", en Amédée Baudrillart (dir.), *Dictionnaire d'histoire et de géographie..., op. cit.*, t. 18, columnas 1369-1426.

[5] Orden fundada en 529 en Montecasino por Benito de Nursia (480-547), que a partir de 534 redacta su regla. Cf.: R. P. P. Helyot, art. "Bénédictins (Ordre des)", en R. P. P. Helyot *et al., Dictionnaire des ordres religieux..., op. cit.*, t. I, columnas 416-430; Cuthbert Butler, *Be-*

De la misma manera, los jesuitas[6] fueron más adelante, en el siglo XVI, un instrumento gracias al cual se suprimieron algunos restos de la sociedad feudal. Por lo tanto: innovación económica, innovación política.

También puede decirse que las investigaciones disciplinarias, esa suerte de islotes de disciplina que vemos surgir en la sociedad medieval, permiten asimismo innovaciones sociales y, en todo caso, la articulación de ciertas formas de oposición social a las jerarquías y el sistema de diferenciación de los dispositivos de soberanía. Vemos aparecer y constituirse, y ello desde la Edad Media y mucho más en vísperas de la Reforma, grupos comunitarios relativamente igualitarios y regidos, ya no por los dispositivos de soberanía, sino por dispositivos de disciplina: una misma regla que se impone a todos de la misma manera, sin que haya entre aquellos a quienes se aplica otras diferencias de estatus que las indicadas por la jerarquía interna del dispositivo. Así, vemos aparecer muy pronto a los monjes mendicantes, que ya representan una especie de oposición social a través de un nuevo esquema disciplinario.[7]

---

nedictine Monachism: Studies in Benedictine Life [...], 2ª ed., Londres, Longmans Green & Co., 1924 (trad. francesa: *Le Monachisme bénédictin*, trad. de C. Grolleau, París, J. de Gigord, 1924) [trad. esp.: *Monacato benedictino*, Zamora, Monte Casino, 2001]; Claude Jean-Nesmy, *Saint Benoît et la vie monastique*, París, Seuil, 1959, col. "Maîtres spirituels" [trad. esp.: *San Benito y la vida monástica*, Madrid, Aguilar, 1963]; Raymond Tschudy, *Les Bénédictins*, París, Éd. Saint-Paul, 1963.

[6] Fundada en 1534 por Ignacio de Loyola (1491-1556) con el fin de luchar contra las herejías, la orden de los jesuitas recibió del papa Pablo III el nombre de "Compañía de Jesús" mediante su bula *Regimini Militantes Ecclesiae*. Cf.: R. P. P. Helyot *et al.*, *Dictionnaire des ordres religieux...*, *op. cit.*, t. II, columnas 628-671; Alfred Demersay, *Histoire physique, économique et politique du Paraguay et des établissements des jésuites*, París, Hachette, 1860; Joseph Brucker, *La Compagnie de Jésus. Esquisse de son institut et de son histoire, 1521-1773*, París, G. Beauchesne, 1919; Hubert Becher, *Die Jesuiten. Gestalt und Geschichte des Ordens*, Múnich, Kösel-Verlag, 1951; Alain Guillermou, *Les Jésuites*, París, PUF, 1963, col. "Que sais-je?" [trad. esp.: *Los jesuitas*, Barcelona, Oikos-Tau, 1970].

[7] Las "órdenes mendicantes" se organizan en el siglo XIII con vistas a regenerar la vida religiosa; hacen profesión de vivir exclusivamente de la caridad pública, practican la pobreza y se consagran al apostolado y la enseñanza. Las cuatro primeras órdenes mendicantes son los dominicanos, los franciscanos, los carmelitas y los agustinos.

a) Sobre los dominicanos, véase *supra*, nota 4.

También vemos comunidades religiosas constituidas esencialmente por laicos, como los Hermanos de la Vida Común, surgidos en Holanda en el siglo XIV;[8] y por último, todas las comunidades populares o burguesas que son las predecesoras inmediatas de la Reforma y cuya prolongación constatamos, con nuevas formas, hasta el siglo XVII, por ejemplo en Inglaterra, con el papel político y social que se les conoce; y también en el siglo XVIII. En última instancia puede decirse, igualmente, que la francmasonería funcionó en la

---

b) Constituida en 1209 por Francisco de Asís [di Bernardone], la "Fraternidad de los Penitentes" de Asís, consagrada a la predicación de la penitencia, se transforma en 1210 en una orden religiosa que adopta el nombre de "Hermanos Menores" (*minores*: humildes) para llevar una vida errante y pobre. Cf.: R. P. P. Helyot *et al.*, *Dictionnaire des ordres religieux*..., *op. cit.*, t. II, columnas 326-354; Henry Charles Lea, *A History of the Inquisition of the Middle Ages*, Nueva York, Harper and Brothers, 1887, t. I, pp. 243-304 (trad. francesa: *Histoire de l'Inquisition au Moyen Âge*, trad. de S. Reinach, París, Société Nouvelle de Librairie et d'Édition, 1900, t. I, cap. 6, "Les ordres mendiants", pp. 275-346); Édouard d'Alençon, art. "Frères Mineurs", en Alfred Vacant y Eugène Mangenot (dirs.), *Dictionnaire de théologie catholique*, *op. cit.*, t. VI, columnas 809-863; padre Badin Gratien, *Histoire de la fondation et de l'évolution de l'ordre des Frères Mineurs au XIIIe siècle*, Gembloux, J. Duculot, 1928; François de Sessevalle, *Histoire générale de l'ordre de Saint-François*, Le Puy-en-Velay, Éd. de la *Revue d'Histoire Franciscaine*, 1935-1937, 2 vols.; John Richard Moorman, *A History of the Franciscan Order from Its Origins to the Year 1517*, Oxford, Clarendon Press, 1968.

c) En 1247, el papa Inocencio IV incorpora a la familia de las "mendicantes" a la orden de la Bienaventurada Virgen María del Monte Carmelo. Sobre los carmelitas, orden fundada en 1185 por Bertoldo de Calabria, cf.: R. P. P. Helyot *et al.*, *Dictionnaire des ordres religieux*..., *op. cit.*, t. I, columnas 667-705; B. Zimmerman, art. "Carmes (Ordre des)", en A. Vacant (dir.), *Dictionnaire de théologie catholique*, *op. cit.*, t. II, columnas 1776-1792.

d) El papa Inocencio IV decide reunir en una sola comunidad las ermitas de Toscana en el marco de la orden de los agustinos. Cf. Jean Martial Besse, art. "Augustin", en Alfred Vacant (dir.), *Dictionnaire de théologie catholique*, *op. cit.*, t. I, 1903, columnas 2472-2483. Sobre las "órdenes mendicantes" en general, cf., además del cap. que les dedicó H. C. Lea, *A History of the Inquisition*..., *op. cit.*, pp. 275-346 (t. I, pp. 458-459 de la versión francesa): Félix Verner, *Les Ordres mendiants*, París, Bloud et Gay, 1933, col. "Bibliothèque des sciences religieuses"; Jacques Le Goff, "Ordres mendiants et urbanisation dans la France médiévale", en *Annales ESC*, 5, 1970, *Histoire et urbanisation*, pp. 924-965. Michel Foucault vuelve al tema de las órdenes mendicantes de la Edad Media en el marco de un análisis del "cinismo"; cf. curso de 1983-1984, "Le gouvernement de soi...", *op. cit.*, clase del 29 de febrero de 1984.

[8] Cf. *supra*, clase del 21 de noviembre de 1973, nota 4.

sociedad francesa y europea del siglo XVIII como una especie de innovación disciplinaria destinada a alterar desde adentro, saltear y, hasta cierto punto, romper las redes de los sistemas de soberanía.

Expongo todo esto de manera muy esquemática para señalar que los dispositivos disciplinarios existieron durante mucho tiempo en el interior y como islotes en el plasma general de las relaciones de soberanía. A lo largo de la Edad Media, en el siglo XVI y hasta el siglo XVIII, esos sistemas disciplinarios ocuparon una posición lateral, cualesquiera hayan sido los usos que se hicieron de ellos y los efectos generales que ocasionaron. Ocuparon una posición lateral; lo cual no impide ver a través de ellos el esbozo de toda una serie de innovaciones que, poco a poco, abarcarían el conjunto de la sociedad. Y justamente en los siglos XVII y XVIII, por una suerte de extensión progresiva, de parasitación general de la sociedad, vemos constituirse lo que en dos palabras –aunque se trata de una denominación muy aproximada y esquemática– podríamos llamar "sociedad disciplinaria", que sustituye a una sociedad de soberanía.

¿Cómo se produjo esta extensión de los dispositivos disciplinarios? ¿Qué etapas recorrió? Y por último, ¿cuál fue el mecanismo que les sirvió de soporte? Creo que podríamos decir, también de un modo muy esquemático, que desde el siglo XVI hasta el siglo XVIII, la extensión histórica y la parasitación global efectuada por los dispositivos disciplinarios tuvieron una serie de puntos de apoyo.

En primer lugar, parasitación de la juventud escolar que, hasta fines del siglo XV y principios del siglo XVI, había conservado su autonomía, sus reglas de desplazamiento y vagabundeo, su propia turbulencia, así como sus lazos con las agitaciones populares. Y ya fuera con la forma del sistema italiano o el sistema francés, con la forma de una comunidad de estudiantes y profesores o de una comunidad autónoma de los primeros con respecto a los segundos, en el sistema general del funcionamiento social había, de todos modos, una especie de grupo deambulante, un grupo en estado de emulsión, de agitación. Y en el fondo, la disciplinarización de esa juventud estudiantil, esa colonización de la juventud, fue uno de los primeros puntos de aplicación y extensión del sistema disciplinario.

Lo curioso es que la colonización de esa juventud turbulenta y en movimiento por parte del sistema disciplinario tuvo como punto de partida la

comunidad de los Hermanos de la Vida Común, es decir, una comunidad religiosa cuyos objetivos e ideal ascético eran muy claros, pues su fundador, un tal Groote, estaba muy ligado a Ruysbroek el Admirable y, por lo tanto, conocía bien toda la mística alemana y renana del siglo XIV.[9] En esa práctica de un ejercicio del individuo sobre sí mismo, en esa tentativa de transformarlo, en esa búsqueda de su evolución progresiva hasta el extremo de la salvación, en ese trabajo ascético del individuo sobre sí mismo, encontramos la matriz, el modelo primordial de la colonización pedagógica de la juventud. A partir de allí, y con la forma colectiva del ascetismo que observamos en los Hermanos de la Vida Común, vemos esbozarse los grandes esquemas de la pedagogía, es decir, la idea de que las cosas sólo pueden aprenderse si se pasa por una serie de etapas obligatorias y necesarias, etapas sucesivas en el tiempo y que marcan, en el mismo movimiento que las conduce a través de éste, otros tantos progresos. El apareamiento del tiempo y el progreso es característico del ejercicio ascético y también lo será de la práctica pedagógica.

Por ello, en las escuelas fundadas por los Hermanos de la Vida Común, al principio en Deventer y luego en Lieja y Estrasburgo, habrá por primera vez divisiones en edades y en niveles, con programas de ejercicios progresivos. En segundo lugar, veremos aparecer en esa nueva pedagogía algo que es muy novedoso con respecto a la regla de vida de la juventud de la Edad Media, es decir, la regla del enclaustramiento. El ejercicio pedagógico, como el ejercicio ascético, debe cumplirse dentro de un espacio clausurado, un medio cerrado sobre sí mismo y con un mínimo de relaciones con el mundo externo. El ejercicio ascético exigía un lugar privilegiado; ahora, de igual manera, el ejercicio pedagógico demandará su lugar. Y también aquí se da algo

[9] Jan Van Ruysbroek (1294-1381) funda en 1343 una comunidad en Groenendaal, cerca de Bruselas, y en marzo de 1350 la transforma en una orden religiosa obediente a la regla agustiniana y consagrada a luchar contra las herejías y el relajamiento de las costumbres en la Iglesia. Cf.: Francis Hermans, *Ruysbroek l'Admirable et son école*, París, Fayard, 1958; Jean Orcibal, *Jean de la Croix et les mystiques rhéno-flamands*, París, Desclée de Brouwer, 1966 [trad. esp.: *San Juan de la Cruz y los místicos renano-flamencos*, Madrid y Salamanca, Fundación Universitaria Española/Universidad Pontificia de Salamanca, 1987]; L. Cognet, *Introduction aux mystiques…*, *op. cit.* (*supra*, clase del 21 de noviembre de 1973, nota 4); Alexandre Koyré, *Mystiques, spirituels, alchimistes du XVI^e^ siècle allemand*, París, Gallimard, 1971 (1ª ed., 1955) [trad. esp.: *Místicos, espirituales y alquimistas del siglo XVI alemán*, Madrid, Akal, 1981].

nuevo y esencial; toda la mezcla, toda la imbricación del medio universitario con su entorno, y en particular el lazo tan importante durante toda la Edad Media entre la juventud universitaria y las clases populares, serán suprimidos por este principio de la vida claustral, que es un principio ascético trasladado a la pedagogía.

En tercer lugar, uno de los principios del ejercicio ascético es que, si bien éste es cumplido por el individuo mismo, siempre se realiza bajo la dirección constante de alguien que es el guía, el protector, quien hace suya, en todo caso, la responsabilidad del rumbo de aquel que está comenzando su propio camino ascético. El camino ascético exige un guía constante, que tenga perpetuamente los ojos abiertos a los progresos o, al contrario, a las caídas o las faltas de quien comienza el ejercicio; de la misma manera –otra innovación total con respecto a la pedagogía universitaria de la Edad Media–, vemos la idea de que el profesor debe seguir al individuo a lo largo de toda su carrera o, al menos, debe conducirlo de una etapa a la siguiente antes de pasar el testimonio a otro guía que, más sabio, más adelantado, pueda llevar al alumno más allá. El guía ascético se convierte en el profesor de clase al cual el alumno está vinculado, sea durante un ciclo de estudios, sea durante un año, sea, eventualmente, durante toda su carrera escolar.

Pues bien, en este caso no estoy para nada seguro de que el modelo sea ascético pero, sea como fuere, lo que encontramos en las escuelas de los Hermanos de la Vida Común es una organización muy curiosa de tipo paramilitar. Es muy posible que se trate de un esquema de origen monástico; en efecto, en los conventos, sobre todo en los de la época cristiana arcaica, se observan divisiones que son a la vez agrupamientos de trabajo, agrupamientos de meditación y agrupamientos, asimismo, de formación intelectual y espiritual, que incluyen a diez individuos bajo la dirección de alguien que los toma a su cargo y es responsable de ellos, y que forman "decurias".[10] Es posible que ese esquema, inspirado de manera muy notoria en el ejército romano, se haya transferido a la vida monástica de los primeros siglos cristianos;

[10] Uno de los rasgos característicos de las escuelas de los "Hermanos de la Vida Común" es la distribución de los alumnos en decurias, a cuya cabeza se sitúa un decurión encargado de vigilar la conducta. Cf. M. J. Gaufrès, "Histoire du plan d'études protestant", *op. cit.* (*supra*, clase del 21 de noviembre de 1973, nota 13).

en todo caso, eso es lo que encontramos en las escuelas de los Hermanos de la Vida Común, escandidas según el esquema militar de la decuria; por otra parte, la organización de las milicias burguesas de Flandes tal vez haya repetido, de alguna forma, ese modelo. Como sea, tenemos aquí un muy curioso esquema monástico y militar al mismo tiempo, que sirve de instrumento a esa colonización de la juventud dentro de las formas pedagógicas.

Presenciamos en ello, creo, uno de los primeros momentos de esa colonización total de una sociedad, por medio de los dispositivos disciplinarios.

* * *

Encontraríamos otra aplicación de esos dispositivos disciplinarios en otro tipo de colonización: ya no la de la juventud, sino simplemente la colonización de los pueblos conquistados. Y aquí tenemos una historia muy curiosa. Habría que examinar con cierto detalle cómo se aplicaron y perfeccionaron a la vez los esquemas disciplinarios en las poblaciones coloniales. Al parecer, esa disciplinarización se hizo ante todo de una manera bastante discreta, marginal y, curiosamente, en contrapunto con la esclavitud.

En efecto, los jesuitas fueron adversarios –por razones teológicas y religiosas, y también por razones económicas– de la esclavitud, quienes, en América del Sur, opusieron a esa utilización, probablemente inmediata, brutal y muy consumidora de vidas humanas, a esa práctica de la esclavitud tan costosa y tan poco organizada, otro tipo de distribución, control y explotación [...]* por un sistema disciplinario. Y las famosas repúblicas de los guaraníes de Paraguay, calificadas de "comunistas", eran en realidad microcosmos disciplinarios en los cuales había un sistema jerárquico cuyas llaves estaban en manos de los propios jesuitas; los individuos, las comunidades guaraníes, debían adoptar un esquema de comportamiento absolutamente obligatorio que les indicaba sus horarios, las horas de las comidas y del descanso, y que los despertaba a la noche para que pudieran tener relaciones y hacer hijos a una hora fija.[11] Pleno empleo del tiempo, entonces.

* Grabación: humanos.

[11] "En ningún otro aspecto la impresión de orden y el énfasis religioso aparecen con más claridad que en el uso del tiempo. De madrugada, los habitantes van a misa y luego los niños

Vigilancia permanente: en las aldeas de esas repúblicas guaraníes, cada uno tenía su vivienda; pero, a lo largo de todas ellas, había una especie de acera que permitía mirar a través de las ventanas, y éstas, desde luego, no tenían postigos, para que durante las horas de la noche se pudiera vigilar lo que hacía cada cual. También había, en particular, una suerte de individualización, al menos en el nivel de la microcélula familiar, pues cada una de ellas –que rompía, además, la antigua comunidad guaraní– recibía una vivienda, y el ojo de la vigilancia recaía precisamente sobre ésta.

Pues bien, una especie de sistema penal permanente, en cierto sentido muy indulgente si se lo compara con el sistema penal europeo de la época –nada de pena de muerte, ni suplicios, ni torturas–, pero un sistema de castigo absolutamente permanente, que recorría toda la existencia del individuo y que, en cada instante, en cada uno de sus gestos o sus actitudes, era susceptible de señalar algo indicativo de una mala tendencia, una mala inclinación, etc., y entrañaba, por consiguiente, un castigo que podía ser tanto más leve cuanto que, por un lado, era constante, y por otro, jamás se refería a otra cosa que virtualidades o acciones apenas esbozadas.

El tercer tipo de colonización que vemos formarse luego de las correspondientes a la juventud escolar y los pueblos coloniales –y no vuelvo a ella porque fue estudiada mil veces–, es la colonización interna de los vagabun-

---

concurren a la escuela y los adultos, a los talleres o al campo [...] Una vez terminado el trabajo comienzan los ejercicios religiosos: catecismo, rosario, plegarias; el final de la jornada es libre y se dedica a los paseos y los deportes. Un toque de queda marca el comienzo de la noche [...] Este régimen tiene a la vez cosas del cuartel y del monasterio" (Louis Baudin, *Une théocratie socialiste: l'État jésuite du Paraguay*, París, M.-T. Génin, 1962, p. 23). Cf.: Lodovico Antonio Muratori, *Il Cristianesimo felice nelli missioni de'padri della compagnia di Gesù nel Paraguai*, Venecia, G. Pasquali, 1743 (trad. francesa: *Relation des missions du Paraguay*, trad. de P. Lambert, París, Bordellet, 1826, pp. 156-157) [trad. esp.: *El cristianismo feliz en las misiones de los padres de la Compañía de Jesús en Paraguay*, Santiago de Chile, Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, 1997]; Alfred Demersay, *Histoire physique, économique et politique du Paraguay...*, *op. cit.*; Joseph Brucker, *Le Gouvernement des jésuites au Paraguay*, París, 1880; Maria Fassbinder, *Der "Jesuitenstaat" in Paraguay*, Halle, M. Niemeyer, 1926; Clovis Lugon, *La République communiste chrétienne des Guaranis*, París, Éditions Ouvrières, 1949, col. "Économie et Humanisme". Michel Foucault ya hace referencia a ello el 14 de marzo de 1967 en una conferencia dictada en el Cercle d'Études Architecturales: "Des espaces autres", *DE*, IV, núm. 360, p. 761.

dos, los mendigos, los nómades, los delincuentes, las prostitutas, etc., y todo el encierro de la época clásica. En todos esos casos se introducen los dispositivos disciplinarios y se observa con mucha claridad que derivan directamente de las instituciones religiosas. En cierto modo son las instituciones religiosas: los "Hermanos de la Doctrina Cristiana",[12] relevados a continuación por las grandes órdenes pedagógicas, como los jesuitas, que prolongaron mediante pseudópodos, por decirlo así, su propia disciplina sobre la juventud susceptible de escolaridad.

También son las instituciones religiosas, en este caso los jesuitas, una vez más, las que transfirieron su propia disciplina a los países coloniales y la transformaron. En cuanto al sistema de encierro, esos procedimientos de colonización de los vagabundos, los nómades, etc., aún adoptaba formas muy próximas a la religión, pues en la mayoría de los casos eran las órdenes religiosas las que tenían, si no la iniciativa, sí al menos la responsabilidad de la gestión de esos establecimientos. En consecuencia, lo que vemos aplicarse de manera progresiva en sectores cada vez menos marginales y más centrales del sistema social es la versión exterior de las disciplinas religiosas.

Y luego, a fines del siglo XVII y en el siglo XVIII, aparecen y se establecen unos dispositivos disciplinarios que ya no tienen un punto de apoyo religioso y son su transformación, pero como si lo hicieran en campo raso, sin respaldo regular por el lado de la religión. Vemos aparecer sistemas disciplinarios. El ejército, desde luego, ante todo con el acuartelamiento, que data de la segunda mitad del siglo XVIII, la lucha contra los desertores, es decir, la constitución de fojas de servicios, y todas las técnicas de identificación individual que impiden a la gente salir del ejército con la misma facilidad con que ha entrado, y, por último, en esa segunda mitad del siglo XVIII, los ejercicios corporales, el uso del tiempo completo, etcétera.[13]

[12] Congregación de sacerdotes y clérigos fundada en el siglo XVI por César de Bus (1544-1607), que se establece en 1593 en Aviñón. Inscripta en la corriente de una renovación de la enseñanza del catecismo, se desarrolla en los siglos XVII y XVIII, cuando se vuelca a la enseñanza en los colegios. Cf. R. P. P. Helyot *et al.*, *Dictionnaire des ordres religieux...*, *op. cit.*, t. II, columnas 46-74.

[13] Véase Michel Foucault, *Surveiller et punir...*, *op. cit.*, tercera parte, cap. 1, pp. 137-138, 143 y 151-157.

Después del ejército, toca a la clase obrera empezar a someterse a sistemas disciplinarios. Es el surgimiento de los grandes talleres en el siglo XVIII; es la aparición, en las ciudades mineras o en algunos grandes centros metalúrgicos a los que es preciso trasladar una población rural que es utilizada por primera vez y para la aplicación de técnicas completamente nuevas –toda la metalurgia de la cuenca del Loira, todas las minas carboníferas del macizo central y del norte de Francia–, de las formas disciplinarias impuestas a los trabajadores, con las primeras ciudades obreras, como la de Creusot. Además, en esta misma época, aparece lo que fue el gran instrumento de la disciplina obrera, la cartilla, impuesta a todos los trabajadores. Ningún obrero puede desplazarse ni tiene derecho a hacerlo sin una cartilla que indica *quién fue su empleador anterior y en qué condiciones y por qué motivos lo* dejó; y cuando quiere obtener un nuevo empleo o quiere instalarse en otra ciudad, debe presentar a su nuevo patrón, a la municipalidad, a las autoridades locales, su cartilla que es, en cierto modo, la marca misma de todos los sistemas disciplinarios que pesan sobre él.[14]

Por lo tanto –y también aquí de manera muy esquemática–, esos sistemas disciplinarios aislados, locales, laterales, que se constituyeron en la Edad Media, comienzan a abarcar entonces toda la sociedad mediante un tipo de proceso que podríamos llamar de colonización externa e interna, en el cual encontramos decididamente los elementos de los sistemas disciplinarios de los que les hablaba. A saber: la fijación espacial, la extracción óptima del tiempo, la aplicación y la explotación de las fuerzas del cuerpo por una re-

[14] A partir de 1781, el obrero tiene que proveerse de una "cartilla" o "cuaderno" que debe hacer visar por las autoridades administrativas cuando se desplaza, y presentar al ser contratado. Reinstaurada por el Consulado, la cartilla recién fue abolida en 1890. Cf.: Marc Sauzet, *Le Livret obligatoire des ouvriers*, París, F. Pichon, 1890; Georges Bourgin, "Contribution à l'histoire du placement et du livret en France", en *Revue Politique et Parlementaire*, t. LXXI, enero-marzo de 1912, pp. 117-118; Steven Kaplan, "Réflexions sur la police du monde du travail (1700-1815)", en *Revue Historique*, año 103, 529, enero-marzo de 1979, pp. 17-77; Édouard Dolléans y Gérard Dehove, *Histoire du travail en France. Mouvement ouvrier et législation sociale*, París, Domat-Montchrestien, 1953-1955, 2 vols. En su curso de 1972-1973 en el Collège de France, "La société punitive", Michel Foucault presenta, el 14 de marzo de 1973, la cartilla obrera como "*un mecanismo de penalización de la existencia infrajudicial*".

glamentación de los gestos, las actitudes y la atención, la constitución de una vigilancia constante y un poder punitivo inmediato y, por último, la organización de un poder reglamentario que, en sí mismo, en su funcionamiento, es anónimo, no individual, pero conduce siempre a un señalamiento de los individuos sojuzgados. En líneas generales: cobertura del cuerpo singular por un poder que lo enmarca y lo constituye como individuo, es decir, como cuerpo sojuzgado. Esto es lo que puede exponerse como la historia muy esquemática de los dispositivos disciplinarios. Ahora bien, ¿a qué responde esta historia? ¿Qué hay detrás de esa extensión que es muy fácil identificar en la superficie de los acontecimientos o las instituciones?

Pues bien, tengo la impresión de que detrás de esta introducción general de los dispositivos disciplinarios se encuentra lo que podríamos llamar la *cuestión de la acumulación de hombres*. Esto es: en paralelo con la acumulación de capital –y como necesidad de ésta, por otra parte–, fue preciso proceder a cierta acumulación de hombres o, si lo prefieren, cierta distribución de la fuerza de trabajo que estaba presente en todas esas singularidades somáticas. ¿En qué consisten dicha acumulación de hombres y la distribución racional de las singularidades somáticas con las fuerzas de que son portadoras?

Consisten, primeramente, en maximizar la utilización posible de los individuos: *hacerlos utilizables, y no para poder usar a todos sino, justamente,* para no tener que hacerlo, para extender al máximo el mercado de trabajo a fin de asegurarse una reserva de desocupados que permita una regulación hacia abajo de los salarios. Entonces, hacer utilizable a todo el mundo.

En segundo lugar, hacer utilizables a los individuos en su multiplicidad misma; hacer que la fuerza producida por la multiplicidad de esas fuerzas individuales de trabajo sea al menos igual y, en la medida de lo posible, superior a la *suma de las fuerzas singulares. ¿Cómo repartir a los individuos a fin* de que, en conjunto, representen más que la adición lisa y llana de esos mismos individuos puestos uno al lado de otro?

Por último, permitir la acumulación no sólo de las fuerzas, sino también del tiempo: del tiempo de trabajo, del tiempo de aprendizaje, de perfeccionamiento, de adquisición de los saberes y las aptitudes. Tal es el tercer aspecto del problema planteado por la acumulación de hombres.

Esta triple función de las técnicas de acumulación de hombres y fuerzas de trabajo es, me parece, la razón por la cual se introdujeron, probaron, ela-

boraron y perfeccionaron los diferentes dispositivos disciplinarios. La extensión de las disciplinas, su desplazamiento, la migración de su función lateral a la función central y general que ejercen a partir del siglo XVIII, están ligados a esa acumulación de hombres y su papel en la sociedad capitalista.

Si miramos las cosas desde otro punto de vista y las tomamos por el lado de la historia de las ciencias, podríamos decir que la ciencia clásica, en los siglos XVII y XVIII, respondió al problema de las multiplicidades empíricas de las plantas, los animales, los objetos, los valores, las lenguas, etc., por medio de cierta operación que era una operación de clasificación, actividad taxonómica que a mi juicio fue la forma general de esos conocimientos empíricos durante toda la época clásica.[15] En cambio, y a partir del desarrollo de la economía capitalista, en el momento, por consiguiente, en que se planteaba, paralelamente y en conexión con la acumulación de capital, el problema de la acumulación de hombres, resulta claro que una actividad meramente taxonómica y clasificatoria no era valedera. Para responder a esas necesidades económicas fue preciso distribuir a los hombres según técnicas muy diferentes de las técnicas de la clasificación. Hubo que utilizar, no esquemas taxonómicos que permitieran incluir a los hombres en especies, géneros, etc., sino algo que no es una taxonomía, aunque también se trate de una distribución, y que llamaré una táctica. La disciplina es una táctica: una manera determinada de distribuir las singularidades, pero de acuerdo con un esquema que no es clasificatorio, distribuirlas en el espacio, permitir acumulaciones temporales que puedan tener concretamente una eficacia máxima en el plano de la actividad productiva.

Y bien, creo que podemos decir –y volvemos a hacerlo de una forma muy esquemática– que lo que dio origen a las ciencias del hombre fue precisamente la irrupción, la presencia o la insistencia de esos problemas tácticos planteados por la necesidad de distribuir las fuerzas de trabajo en función de las necesidades de la economía que se desarrollaba por entonces. La distribución de los hombres según esas necesidades ya no implicaba una taxonomía sino una táctica; y esta táctica lleva el nombre de "disciplina". Las disciplinas son técnicas de distribución de los cuerpos, los individuos, los tiempos, las

[15] Michel Foucault, *Les Mots et les Choses. Une archéologie des sciences humaines*, París, Gallimard, 1966, col. "Bibliothèque des sciences humaines", cap. V, "Classer", pp. 137-176 [trad. esp.: *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*, México, Siglo XXI, 1968].

fuerzas de trabajo. Y son justamente esas disciplinas con esas tácticas, con el vector temporal que implican, las que irrumpieron en el saber occidental durante el siglo XVIII y despacharon las viejas taxonomías, modelos de todas las ciencias empíricas, al campo de un saber en desuso y quizás hasta parcial o totalmente desafectado. La táctica remplazó a la taxonomía y con ella al hombre, el problema del cuerpo, el problema del tiempo, etcétera.

Llegamos al momento en que quiero retomar el problema en cuestión, el problema de la disciplina asilar en cuanto ésta constituye, creo, la forma general del poder psiquiátrico. He intentado mostrar [que –y] cómo[–] lo que aparecía, de algún modo, sin disfraces, desnudo, en la práctica psiquiátrica de principios del siglo XIX, era un poder cuya forma general es lo que he denominado "disciplina".

* * *

De hecho, ha habido una formalización muy clara y notable de esa microfísica del poder disciplinario, que encontramos en *El Panóptico* de Bentham ¿Qué es el panóptico?[16]

Suele decirse que es un modelo de prisión inventado por Bentham en 1787 y reproducido, con unas cuantas modificaciones, en una serie de penitenciarías europeas: Pentonville en Inglaterra,[17] la Petite Roquette en Francia (con cambios), etc.[18] En realidad, el panóptico de Bentham no es un mode-

[16] Cf. *supra*, clase del 21 de noviembre de 1973, nota 5.

[17] En un solar de Pentonville comprado por Jeremy Bentham en 1795, Harvey, Busby y Williams construyeron entre 1816 y 1821 una penitenciaría estatal según el modelo de una arquitectura irradiante de seis pentágonos centrados en un hexágono que albergaba al capellán, los inspectores y los empleados. La prisión fue demolida en 1903.

[18] Producto de un concurso para la construcción de una cárcel modelo cuya disposición fuera, según lo expresado por la circular del 24 de febrero de 1825, "tal que, por medio de un punto central o una galería interior, la vigilancia de todos los sectores de la prisión pueda ser ejercida por una sola persona o a lo sumo dos" (Charles Lucas, *Du système pénitentiaire en Europe et aux États-Unis*, París, Bossange, 1828, t. I, p. CXIII), la "Petite Roquette" o "Casa Central de Educación Correccional" se construyó en 1827 de acuerdo con un plano propuesto por Lebas. Inaugurada en 1836, se destinó a los jóvenes detenidos hasta 1865. Cf.: N. Barbaroux, J. Broussard y M. Hamoniaux, "L'évolution historique de la Petite Roquette", en *Rée-*

lo de prisión, o no lo es únicamente; es un modelo para una prisión –Bentham lo dice con mucha claridad–, sí, pero también para un hospital, una escuela, un taller, una institución de huérfanos, etcétera. Me tienta decir que *es una forma para cualquier institución; digamos, mejor, para toda una serie* de instituciones. Sin embargo, cuando digo que es un esquema para toda una serie de instituciones posibles, creo que no soy del todo exacto.

En rigor de verdad, Bentham ni siquiera dice que es un plan para instituciones; dice que es un mecanismo, un esquema que da fuerza a toda institución, una suerte de mecanismo a través del cual el poder que actúa o debe actuar en una institución va a poder cobrar la máxima fuerza. El panóptico es un multiplicador; es un intensificador de poder dentro de toda una serie de instituciones. Se trata de lograr que la fuerza del poder sea la más intensa; su distribución, la mejor, y su punto de aplicación, el más justo. Tales son, en el fondo, los tres objetivos del panóptico, y Bentham lo dice: "su excelencia radica en la gran fuerza que es capaz de dar *a toda* institución a la cual se aplique".[19] En otro pasaje afirma que lo maravilloso del panóptico consiste en "dar a quienes dirigen la institución una fuerza hercúlea".[20] Da "una fuerza hercúlea" al poder circulante en la institución y al individuo que posee o dirige ese poder. Y ese panóptico, agrega Bentham, es prodigioso porque constituye "una nueva manera de dar al espíritu un poder sobre el espíritu".[21] *Me parece que estas dos proposiciones: constituir una fuerza hercúlea* y dar al espíritu poder sobre el espíritu, expresan con claridad el elemento característico del mecanismo del panóptico y, por qué no, de la forma disciplinaria general. "Fuerza hercúlea": es decir, una fuerza física que, en cierto sentido, se refiere al cuerpo, pero de tal manera que, en el fondo, esa fuerza que ciñe el cuerpo, que pesa sobre él, no se utilice nunca y esté dotada de una especie de inmaterialidad en virtud de la cual el proceso pase del espíritu al espíritu, cuando en realidad lo que está en cuestión en el sistema del

---

ducation, 191, mayo de 1967; Henri Gaillac, *Les Maisons de correction (1830-1945)*, París, Éd. Cujas, 1971, pp. 61-66; J. Gillet, *Recherches sur la Petite Roquette*, París, s. n., 1975.

[19] Jeremy Bentham, *Le Panoptique*, *op. cit.*, p. 166; la bastardilla es del autor.

[20] Se trata de "dar al influjo del poder una fuerza igualmente hercúlea e ineluctable". *Ibid.*, p. 160.

[21] *Ibid.*, prefacio, p. 95.

panóptico es, sin duda, el cuerpo. Ese juego entre la "fuerza hercúlea" y la pura idealidad del espíritu es, creo, lo que Bentham buscaba en *El Panóptico*. ¿Y cómo llega a él?

Tenemos un edificio anular que constituye la periferia misma del panóptico: en él se disponen celdas que se abren a la vez hacia el interior por una puerta vidriera y hacia el exterior por una ventana. En el contorno interno de ese anillo tenemos una galería que permite circular e ir de una celda a otra. A continuación, un espacio vacío y, en su centro, una torre, una especie de construcción cilíndrica de varios pisos y en cuya cima hay una linterna, es decir, una gran habitación vacía con una estructura tal que, con sólo girar sobre sí mismo, un observador puede mirar desde este emplazamiento central todo lo que ocurre en cada una de las celdas. Ése es el esquema.

¿Qué quiere decir este plan? ¿Y por qué, durante tanto tiempo, resonó en los espíritus y fue tomado, a mi juicio por error, como el ejemplo mismo de las utopías del siglo XVIII? En primer lugar, las celdas van a albergar un individuo, y uno solo; es decir que en ese sistema, válido para un hospital, una prisión, un taller, una escuela, etc., se va a instalar una sola persona en cada uno de esos lugares; cada cuerpo, entonces, tendrá su sitio. Fijación espacial, por consiguiente. Y en cada dirección que la mirada del vigilante pueda tomar, en el extremo de cada una de ellas, se topará con un cuerpo. Las coordenadas espaciales tienen, por lo tanto, una función individualizadora muy clara.

Esto hace que, en un sistema como el descripto, jamás haya relación con una masa, un grupo y ni siquiera, en verdad, con una multiplicidad; sólo se tiene relación con individuos. Aunque es posible dar una orden colectiva a través de un megáfono, que se dirigirá a todo el mundo a la vez y será obedecido por todo el mundo a la vez, lo cierto es que esa orden colectiva jamás se imparte a otra cosa que individuos y jamás es recibida sino por individuos puestos unos al lado de otros. De tal modo se suprimen por completo todos los fenómenos colectivos, todos los fenómenos de multiplicidad. Y, como dice Bentham con satisfacción, en las escuelas ya nadie se "copiará", actitud que marca el inicio de la inmoralidad;[22] en los talleres ya no habrá distrac-

[22] *Ibid.*, carta 21, escuelas: "Esta clase de fraude que en Westminster recibe el nombre de *copia*, vicio considerado hasta ahora como inherente a la escuela, no entrará aquí" (p. 158; la bastardilla es del autor).

ciones colectivas, canciones, huelgas;[23] en las prisiones desaparecerá la complicidad[24] y en los asilos para enfermos mentales se eliminarán esos fenómenos de irritación colectiva, imitación, etcétera.[25]

Como ven, toda esa red de comunicaciones grupales, todos esos fenómenos colectivos que, en una especie de plan solidario, se conciben con un carácter tanto de contagio médico como de difusión moral del mal, van a ser suprimidos por entero gracias al sistema del panóptico. Y estaremos ante un poder que será un poder de conjunto sobre todo el mundo pero que sólo apuntará a series de individuos separados unos de otros. El poder es colectivo en su centro, pero en el punto de llegada nunca es otra cosa que individual. Podrán ver, entonces, que tenemos ese fenómeno de individualización por la disciplina del cual les hablé la vez pasada. La disciplina individualiza por abajo; individualiza a aquellos sobre quienes recae.

En cuanto a la celda central, esa especie de linterna, les decía que era completamente vidriada; en realidad, Bentham especifica que no hay que vidriarla o, de hacerlo, es preciso instalar un sistema de celosías que puedan levantarse y bajarse, y, en el interior mismo de ese espacio, deberán ponerse tabiques móviles y entrecruzados. Es necesario, en efecto, que la vigilancia pueda ejercerse de tal forma que los vigilados ni siquiera puedan saber si los vigilan o no: no pueden ver si hay alguien en la celda central.[26] Por lo tanto, es menester, por un lado, que los cristales de ésta estén velados o tapados y que no haya ningún efecto de contraluz que permita a la mirada de los presos penetrar esa columna y ver a través de la linterna central si hay alguien o no; de allí los tabiques internos que se desplazan a voluntad, así como el sistema de celosías.

El poder podrá ser entonces, como les decía la vez pasada, íntegramente anónimo. El director no tiene cuerpo, pues el verdadero efecto del panóptico consiste en ser de tal manera que, aun cuando no haya nadie, el individuo en su celda no sólo se crea sino se sepa observado, que viva la experiencia

[23] *Ibid.*, carta 18, manufacturas, p. 150.

[24] *Ibid.*, carta 7, establecimientos penitenciarios de seguridad, detención de seguridad, p. 115.

[25] *Ibid.*, carta 19, manicomios, p. 152.

[26] *Ibid.*, prefacio, pp. 7-8.

constante de encontrarse en un estado de visibilidad para una mirada, y sin importar que la haya o no la haya. El poder, por consiguiente, está completamente desindividualizado. En el límite, esa linterna central podría estar absolutamente vacía y el poder se ejercería de todas formas.

Desindividualización, desincorporación del poder, que ya no tiene cuerpo ni individualidad y puede ser cualquiera. Por otra parte, uno de los aspectos esenciales del panóptico es que dentro de esa torre central, no sólo no importa quién esté –la vigilancia puede ser ejercida por el director, pero también por su mujer, sus hijos, sus domésticos, etc.–, sino que un subterráneo que va del centro al exterior permite entrar a cualquiera en ella y dedicarse, si así lo quiere, a vigilar; es decir que cualquier ciudadano debe estar en condiciones de vigilar lo que ocurre en el hospital, la escuela, el taller, la prisión. Vigilar lo que sucede, vigilar si todo está en orden y vigilar si el director dirige como corresponde, vigilar al vigilante que vigila.

Tenemos, por lo tanto, una especie de cinta de poder, cinta continua, móvil, anónima, que se desenvuelve a perpetuidad dentro de esa torre central. Que haya una figura o no la haya, que haya un nombre o no lo haya, que esté individualizado o no, de todas maneras, lo que se desenvuelve perpetuamente y se ejerce a través del juego de la invisibilidad es esa cinta anónima del poder. Por otra parte, eso es lo que Bentham llama "democracia", pues cualquiera puede ocupar el lugar del poder y éste no es propiedad de nadie, habida cuenta de que todo el mundo está autorizado a entrar a la torre y vigilar el modo de ejercicio del poder, por lo cual éste está permanentemente sometido a un control. Por último, el poder es tan visible en su centro como la gente en sus celdas; y, por eso mismo, el poder vigilado por cualquiera significa la democratización de su ejercicio.

Otra característica del panóptico: en esas celdas, claro está, tenemos del lado interior una puerta vidriada para permitir la visibilidad, pero del lado exterior hay igualmente una ventana, indispensable para que haya un efecto de transparencia y que la mirada del ocupante del centro de la torre pueda penetrar todas las celdas, ir de uno a otro lado y ver a contraluz, por consiguiente, todo lo que hace la persona –alumno, enfermo, obrero, preso, etc.– alojada en la celda. De tal modo, el estado de visibilidad permanente es decididamente constitutivo de la situación del individuo colocado en el panóptico. Podrán advertir, entonces, que la relación de poder tiene esa inmateriali-

dad que les mencionaba hace un rato, pues el poder se ejerce simplemente en virtud de un juego de la luz; se ejerce a través de la mirada que va del centro a la periferia y es capaz, a cada instante, de observar, juzgar, anotar, castigar desde el primer gesto, la primera actitud, la primera distracción. Ese poder no necesita instrumento; la mirada y la luz son sus únicos soportes.

Panóptico quiere decir dos cosas: que todo se ve todo el tiempo, pero también que todo el poder que se ejerce nunca es otra cosa que un efecto óptico. El poder carece de materialidad; ya no necesita toda esa armazón a la vez simbólica y real del poder soberano; no necesita sostener el cetro en la mano o blandir la espada para castigar; no necesita intervenir como el rayo a la manera del soberano. Ese poder es, antes bien, del orden del sol, de la luz perpetua; es la iluminación no material que baña de manera indistinta a toda la gente sobre la cual se ejerce.

Para terminar, última característica del panóptico: ese poder inmaterial perpetuamente ejercido a través de la iluminación está ligado a una extracción permanente de saber; es decir que el centro del poder es al mismo tiempo un centro de anotación ininterrumpida, de transcripción del comportamiento individual. Codificación y anotación de todo lo que hacen los individuos en sus celdas; acumulación de ese saber, constitución de sucesiones y series que caracterizarán a los individuos; cierta individualidad escrita, centralizada, constituida según un molde genético, forma el doble documental, el ectoplasma escrito del cuerpo así colocado en su celda.

El efecto primordial de esa relación de poder es, por ende, la constitución de un saber permanente del individuo, el individuo fijado en un espacio determinado y seguido por una mirada virtualmente continua, que define la curva temporal de su evolución, su curación, la adquisición de su saber, su arrepentimiento, etc. El panóptico es entonces, como pueden ver, un aparato de individualización y conocimiento a la vez; un aparato de saber y poder a la vez, que individualiza por un lado y, al individualizar, conoce. De allí, por lo demás, la idea de Bentham de hacer de él un instrumento de lo que llamaba una "experimentación metafísica"; creía posible, en efecto, utilizar el dispositivo del panóptico para hacer experiencias con los niños. Decía: imaginad que tomamos niños expósitos en el momento mismo de nacer y los ponemos, antes de que empiecen a hablar o tomar conciencia de nada, en el panóptico. Pues bien, dice Bentham, así podríamos seguir "la genealogía de

cada idea observable"[27] y, por tanto, rehacer de manera experimental lo que Condillac había deducido sin material de experimentación metafísica.[28] Podríamos también verificar no sólo la concepción genética de Condillac, sino el ideal tecnológico de Helvétius, cuando éste decía que "se puede enseñar todo a cualquiera".[29] ¿Es verdadera o falsa esta proposición, fundamental para la transformación eventual de la especie humana? Bastaría hacer la experiencia con un panóptico; en las distintas celdas se enseñarían diferentes cosas a los distintos niños; se enseñaría cualquier cosa a cualquier niño y se verían los resultados. De ese modo, se podría educar a los niños en sistemas completamente diferentes unos de otros o incompatibles entre sí; algunos, entonces, aprenderían el sistema de Newton, y se haría creer a otros que la luna es un queso. Y cuando tuvieran 18 o 20 años, se los reuniría para hacerlos discutir. También sería posible enseñarles dos clases de matemática, una en la cual dos más dos son cuatro y otra en la que no lo son, y luego se esperaría otra vez hasta que cumplieran 20 años para juntarlos e incitarlos a entablar discusiones. Y esto, dice Bentham –que evidentemente se burla un poco–, valdría más que pagar a gente para pronunciar sermones, conferencias o controversias. De ese modo habría una experimentación directa. Por último dice, claro está, que debería llevarse a cabo una experiencia en la cual se hiciera participar a varones y niñas, para reunirlos cuando llegaran a la

[27] *Ibid.*, carta 21, escuelas, p. 164.

[28] Alusión al proyecto de Condillac de efectuar una deducción del orden del saber a partir de la sensación, materia prima de todas las elaboraciones del espíritu humano. Cf. Étienne Bonnot de Condillac (1715-1780), *Essai sur l'origine des connaissances humaines, ouvrage où l'on réduit à un seul principe tout ce qui concerne l'entendement humain*, París, P. Mortier, 1746 [trad. esp.: *Ensayo sobre el origen de los conocimientos humanos*, Madrid, Tecnos, 1999]; *Traité des sensations*, París, De Bure, 1754, 2 vols. (reed., París, Fayard, 1984, col. "Corpus des œuvres de philosophie en langue française") [trad. esp.: *Tratado de las sensaciones*, Buenos Aires, Eudeba, 1963]. Michel Foucault se refiere a ellos en una entrevista realizada por C. Bonnefoy en junio de 1966: "L'homme est-il mort?", *DE*, I, núm. 39, p. 542, y en *Les Mots…*, *op. cit.*, pp. 74-77.

[29] Estas palabras atribuidas por Bentham a Helvétius corresponden, en realidad, al título de un cap., "L'éducation peut tout", de la obra póstuma de Claude-Adrien Helvétius (1715-1771), *De l'homme, de ses facultés intellectuelles et de son éducation*, publicado por el príncipe Gelitzin, Amsterdam, s. n., 1774, t. III, p. 153.

adolescencia y ver los resultados. Como ven, es la historia misma de Marivaux en *La Dispute*: una especie de drama panóptico que, en el fondo, ya encontramos en la obra de Marivaux.[30]

Sea como fuere, el panóptico, como ven, es un esquema formal para la constitución de un poder individualizador y un saber sobre los individuos. Creo que el esquema panóptico, los principales mecanismos que vemos puestos en práctica en *El Panóptico* de Bentham, los reencontramos finalmente en la mayoría de esas instituciones que, con el nombre de escuelas, cuarteles, hospitales, prisiones, establecimientos de educación vigilada, etc., son a la vez el lugar de ejercicio de un poder y el ámbito de formación de un saber determinado sobre el hombre. A mi entender, el mecanismo panóptico propone la trama común a lo que podríamos llamar el poder ejercido sobre el hombre en cuanto fuerza de trabajo y el saber sobre el hombre en cuanto individuo. De manera que el panoptismo podría aparecer y funcionar dentro de nuestra sociedad como una forma general; podría hablarse de una sociedad disciplinaria o de una sociedad panóptica. Vivimos en el panoptismo generalizado por el hecho mismo de vivir dentro de un sistema disciplinario.

Ustedes me dirán: todo eso está muy bien, pero ¿puede decirse en verdad que los dispositivos disciplinarios abarcaron efectivamente la sociedad entera, que los mecanismos, los dispositivos y los poderes de soberanía fueron borrados por los mecanismos disciplinarios?

Me parece que, así como existían poderes de tipo disciplinario en las sociedades medievales, donde, sin embargo, prevalecían los esquemas de soberanía, del mismo modo aún podemos encontrar en la sociedad contemporánea muchas formas de poder de soberanía. ¿Y dónde podemos encontrarlas? Pues bien, las hallaríamos en la única institución de la cual no hablé hasta ahora dentro de la dinastía tradicional, desde luego, de las escuelas, los cuarteles, las prisiones, etc., y cuya ausencia quizá los haya asombrado: me refiero a la familia. A mi entender, ésta es precisamente –iba a decir: un resto, pero no lo es del todo– una especie de celda en cuyo interior el poder que se

[30] Pierre Carlet de Chamblain de Marivaux (1688-1763), *La Dispute, comédie en un acte et en prose, où pour savoir qui de l'homme ou de la femme donne naissance à l'inconstance, le Prince et Hermiane vont épier la rencontre de deux garçons et de deux filles élevés depuis leur enfance dans l'isolement d'une forêt*, París, J. Clousier, 1747.

ejerce no es, como suele sostenerse, disciplinario sino, por el contrario, un poder del tipo de la soberanía.

Creo que podemos decir lo siguiente: no es cierto que la familia haya servido de modelo al asilo, la escuela, el cuartel, el taller, etc.; en efecto, no veo en su funcionamiento nada que permita señalar una continuidad entre ella y las instituciones, los dispositivos disciplinarios a los que nos referimos. Al contrario, ¿qué vemos en la familia, como no sea una función de individualización máxima que actúa por el lado de quien ejerce el poder, esto es, por el lado del padre? Ese anonimato del poder, esa cinta de poder indiferenciado que se desenvuelve de manera indefinida en un sistema panóptico, es lo más ajeno que pueda haber a la constitución de la familia en la cual, por el contrario, el padre, como portador del apellido y en cuanto ejerce el poder bajo su nombre, es el polo más intenso de la individualización, mucho más intenso que la mujer y los hijos. Por lo tanto, tenemos aquí una individualización por la cima que recuerda y que es el tipo mismo del poder de soberanía, absolutamente opuesto al poder disciplinario.

Segundo, en la familia tenemos una referencia constante a un tipo de lazos, compromisos y dependencia que se ha establecido de una vez por todas con la forma del matrimonio o del nacimiento. Y lo que da su solidez a la familia es esta referencia al acto anterior, al estatus conferido de una vez y para siempre; los mecanismos de vigilancia no hacen sino añadirse a ello, y aunque no actúen, la pertenencia a la familia persiste. La vigilancia es un aspecto complementario en la familia; no es constitutiva, mientras que en los sistemas disciplinarios la vigilancia permanente es absolutamente constitutiva del sistema.

Por último, en la familia hay todo un entrelazamiento de relaciones que podríamos calificar de heterotópicas: entrelazamiento de los lazos locales y contractuales, de los lazos de propiedad, de los compromisos personales y colectivos, que recuerda el poder de soberanía y no la monotonía, la isotopía de los sistemas disciplinarios. De modo que, por mi parte, situaré resueltamente el funcionamiento y la microfísica de la familia en la órbita del poder de soberanía, y de ninguna manera en el campo del poder disciplinario. Esto no quiere decir, en mi opinión, que la familia sea el residuo, el residuo anacrónico o, en todo caso, el residuo histórico de un sistema en el cual la sociedad estaba penetrada en su totalidad por los dispositivos de soberanía. La fa-

milia no es un residuo, un vestigio de soberanía; por el contrario, me parece un elemento esencial, y que lo es cada vez más, del sistema disciplinario.

Creo posible decir lo siguiente: la familia, en cuanto obedece a un esquema no disciplinario, a un dispositivo de soberanía, es la bisagra, el punto de enganche absolutamente indispensable para el funcionamiento mismo de todos los sistemas disciplinarios. Quiero decir con ello que es la instancia de coacción que va a fijar de manera permanente a los individuos a los aparatos disciplinarios, que en cierto modo va a inyectarlos en ellos. Si la obligación escolar ejerce su papel y los niños, los individuos, esas singularidades somáticas, quedan fijadas y finalmente individualizadas dentro del sistema escolar, es porque hay familia, porque tenemos ese sistema de soberanía que actúa en la sociedad con la forma de la familia. Para estar obligados a ir a la escuela, es preciso que actúe esa soberanía que es la de la familia. Observen que, históricamente, la obligación del servicio militar se impuso a gente que, desde luego, no tenía ninguna razón para desear hacerlo; si la obligación fue efectivamente apremiante y resultó posible enganchar a los individuos a ese sistema disciplinario que los confiscó, sólo se debió a que el Estado presionó a la familia como pequeña colectividad constituida por el padre, la madre, los hermanos, las hermanas, etc. ¿Qué significaría la obligación del trabajo si los individuos no estuvieran incluidos, ante todo, dentro de ese sistema de soberanía que es la familia, ese sistema de compromisos, obligaciones, etc., que ya plantea de antemano la asistencia a los otros miembros de la familia, la obligación de proporcionarles alimento, etc.? La fijación del trabajo en el sistema disciplinario sólo se alcanzó gracias a que la soberanía misma de la familia funcionó a pleno. En consecuencia, el primer papel de la familia con respecto a los aparatos disciplinarios es esa especie de adhesión de los individuos a ellos.

La familia también tiene, creo, otra función; en cierto modo, es el punto cero donde los diferentes sistemas disciplinarios se enganchan entre sí. Es el intercambiador, la confluencia que asegura el paso de un sistema disciplinario a otro, de un dispositivo a otro. La mejor prueba es que, cuando un individuo es rechazado de un sistema disciplinario por anormal, ¿dónde lo envían? A su familia. Cuando es sucesivamente rechazado de varios sistemas disciplinarios por inasimilable, indisciplinable, ineducable, toca a la familia tomarlo a su cargo; y en ese momento es ella, a su vez, la que tiene el papel de rechazarlo por ser incapaz de adherir a ningún sistema disciplinario, y de eliminarlo,

sea abandonándolo en la patología, sea dejándolo en manos de la delincuencia, etc. La familia es el elemento de sensibilidad que permite determinar cuáles son los individuos que, inasimilables para todo sistema de disciplina, no pueden pasar de uno a otro y, en definitiva, deben ser expulsados de la sociedad para entrar en nuevos sistemas disciplinarios que están destinados a ellos.

En consecuencia, la familia tiene el doble papel de fijación de los individuos a los sistemas disciplinarios y de confluencia y circulación de los individuos de un sistema disciplinario a otro. En esa medida, creo que puede decirse que, por ser una célula de soberanía, es indispensable para el funcionamiento de los sistemas disciplinarios, así como el cuerpo del rey, la multiplicidad de los cuerpos del rey, *eran necesarios para el ajuste de las soberanías heterotópicas en el juego de las sociedades de soberanía.*[31] *Lo que era el cuerpo del rey en* las sociedades con mecanismos de soberanía, la familia resulta serlo en las sociedades de sistemas disciplinarios.

Históricamente, ¿a qué corresponde esto? Me parece que podemos decir lo siguiente: en los sistemas en que el poder era en esencia del tipo de la soberanía y se ejercía a través de los dispositivos de soberanía, la familia se contaba entre esos dispositivos; por lo tanto, era muy fuerte. La familia medieval y la familia de los siglos XVII o XVIII eran, en efecto, familias fuertes, que debían esa fuerza a su homogeneidad con respecto a los otros sistemas de soberanía. Pero, por ser homogéneas a todos los otros dispositivos de soberanía, podrán comprender que, en el fondo, no tenían especificidad; carecían de limitación precisa. Por eso la familia tenía raíces profundas pero encallaba rápidamente y sus límites nunca eran bien determinados. Se fundía en toda una serie de otras relaciones a las que estaba muy próxima, porque eran del mismo tipo: las relaciones de soberano feudal y vasallo, las relaciones de pertenencia a corporaciones, etc.; de tal modo que la familia era fuerte porque se asemejaba a los otros tipos de poder, pero, a la vez, esa misma razón la hacía imprecisa e indefinida.

Por el contrario, en una sociedad como la nuestra, una sociedad en que la microfísica del poder es de tipo disciplinario, la disciplina no ha disuelto la familia; ésta se concentró, limitó, intensificó. Observen cuál ha sido el papel del Código Civil con respecto a la familia. Hay historiadores que nos dicen: el Código Civil dio el máximo a la familia; y otros: el Código Civil redujo el

[31] Alusión a la obra de Ernst Kantorowicz, *The King's Two Bodies…, op. cit.*

poder de la familia. En realidad, el papel del Código Civil consistió en limitar la familia, pero al hacerlo, la delimitó, la concentró y la intensificó. Gracias a él, la familia conservó los esquemas de soberanía: dominación, pertenencia, lazos de vasallaje [*suzeraineté*], etc., pero los limitó a las relaciones hombre-mujer y padres-hijos. El Código Civil redefinió la familia en torno de la microcélula de los cónyuges y los padres e hijos y les dio, en ese momento, su máximo de intensidad. Constituyó un alvéolo de soberanía mediante cuyo juego las singularidades individuales quedaron fijadas a los dispositivos disciplinarios.

Era necesario ese alvéolo intenso, esa célula fuerte, para que los grandes sistemas disciplinarios que habían invalidado y suprimido los sistemas de soberanía pudiesen actuar por sí mismos. Y esto nos explica, creo, dos fenómenos.

El primero es la muy fuerte revigorización de la familia que constatamos en el siglo XIX, y sobre todo en las clases de la sociedad en que estaba en proceso de descomposición y la disciplina era indispensable, esencialmente la clase obrera. En el momento de formación del proletariado europeo en el siglo XIX, las condiciones laborales y habitacionales, los desplazamientos de la mano de obra, la utilización del trabajo infantil eran elementos que hacían cada vez más frágiles las relaciones de familia e invalidaban la estructura familiar. Y en efecto, a comienzos de ese siglo vemos bandas enteras de niños, de jóvenes, de obreros trashumantes de una región a otra, que viven en dormitorios colectivos y forman comunidades que se deshacen en un santiamén. Multiplicación de los hijos naturales, niños expósitos, infanticidios, etc. Ante esa situación, que era la consecuencia inmediata de la conformación del proletariado, muy pronto, desde 1820-1825, vemos surgir un esfuerzo muy considerable de reconstitución de la familia; los empleadores, los filántropos y los poderes públicos utilizan todos los medios posibles para reconstituirla, para obligar a los obreros a vivir en pareja, casarse, tener hijos y reconocerlos. La patronal, por otra parte, llega incluso a hacer sacrificios financieros para procurar esa refamiliarización de la vida obrera. Hacia 1830 o 1835 se construyen en Mulhouse las primeras ciudades obreras.[32] Se entre-

[32] Achille Penot, *Les Cités ouvrières de Mulhouse et des départements du Haut-Rhin*, Mulhouse, L. Bader, 1867. Foucault vuelve al tema en su entrevista con J.-P. Barou y M. Perrot, "L'œil du pouvoir", *op. cit.*, p. 12.

ga una casa a la gente para que reconstituya la familia; se organizan cruzadas contra las personas que llevan una vida matrimonial sin estar realmente casadas. En síntesis, encontramos toda una serie de disposiciones que, además, son disciplinarias.

En algunas ciudades, también se niega trabajo en los talleres a las personas que viven en pareja sin estar casadas como manda la ley. Hay todo un conjunto de dispositivos disciplinarios que funcionan como tales en el seno mismo del taller, de la fábrica o, en todo caso, en los márgenes; pero la función de esos dispositivos es reconstituir la célula familiar o, mejor, constituir una célula familiar que obedezca, justamente, a un mecanismo que, en su caso, no es disciplinario sino del orden de la soberanía, como si –y tal es sin duda la razón– los mecanismos disciplinarios sólo pudiesen actuar efectivamente, influir con la mayor intensidad y eficacia, cuando tienen a su lado, para fijar a los individuos, esa célula de soberanía representada por la familia. Por lo tanto, entre el panoptismo disciplinario –que en su forma es, a mi parecer, completamente diferente de la célula familiar– y la soberanía familiar hay un juego de remisiones permanentes. En esa iniciativa de refamiliarización emprendida a lo largo del siglo XIX, el tejido disciplinario vuelve a segregar perpetuamente la familia, célula de soberanía, porque ésta –por exterior y heterogénea que sea al sistema disciplinario, y a causa de su heterogeneidad– es un elemento de solidez del sistema disciplinario.

La otra consecuencia es que cuando la familia se hace trizas, cuando deja de cumplir su función, no tarda en introducirse –y esto se advierte con mucha claridad también en el siglo XIX– toda una serie de dispositivos disciplinarios cuyo papel consiste en mitigar sus flaquezas: aparición de las casas para niños expósitos y los orfelinatos, apertura entre 1840 y 1845 de un conjunto de hogares para delincuentes juveniles, lo que se llamará infancia en peligro, etc.[33] En suma, todo lo que podemos llamar asistencia social, to-

[33] Cf.: Jean-Baptiste Monfalcon y Jean-François Terme, *Histoire des enfants trouvés*, París, J.-B. Baillière, 1837; Emmanuel Parent de Curzon, *Études sur les enfants trouvés au point de vue de la législation, de la morale et de l'économie politique*, Poitiers, H. Oudin, 1847; Henri-Jean-Baptiste Davenne, *De l'organisation et du régime des secours publics en France*, París, P. Dupont, 1865, t. I; Léon Lallemand, *Histoire des enfants abandonnés et délaissés. Études sur la protection de l'enfance*, París, Picard et Guillaumin, 1885; Justin Bou-

do ese trabajo social que aparece a principios del siglo XIX[34] y va a cobrar la importancia que hoy le conocemos, tiene la función de constituir una suerte de tejido disciplinario que podrá sustituir a la familia, reconstituirla, y permitirá a la vez prescindir de ella.

Así, si tomamos el ejemplo de Mettray, el establecimiento se destina a recibir a jóvenes delincuentes que en su mayor parte son niños sin familia; se los alista de un modo absolutamente militar, es decir disciplinario, no familiar; y al mismo tiempo, dentro de ese sustituto de la familia, de ese sistema disciplinario que se precipita cuando ya no hay familia, se hace una referencia constante a ella, pues los vigilantes, los jefes, etc., llevan el nombre de padre, hermano mayor; los grupos de niños, aunque íntegramente militarizados y con un funcionamiento modelado sobre la decuria, constituyen una presunta familia.[35]

---

zon, *Cent ans de lutte sociale. La législation de l'enfance de 1789 à 1894*, París, Guillaumin, 1894; Claude Rollet, *Enfance abandonnée: vicieux, insoumis, vagabonds. Colonies agricoles, écoles de réforme et de préservation*, Clermont-Ferrand, G. Mont-Louis, 1899; Henri Gaillac, *Les Maisons de correction...*, *op. cit.* Michel Foucault se refiere al tema en *Surveiller et punir...*, *op. cit.*, pp. 304-305.

[34] La ley del 10 de enero de 1849 organiza la Asistencia Pública en París bajo la dirección del prefecto del Sena y el ministro del Interior, y designa al director de esta administración tutor de los niños expósitos, abandonados y huérfanos. Cf.: Adolphe de Watterwille, *Législation charitable, ou Recueil des lois, arrêtés, décrets qui régissent les établissements de bienfaisance (1790-1874)*, París, A. Hévis, 1863-1874, 3 vols.; Casimir-Jean Viala, *Assistance de l'enfance pauvre et abandonnée*, Nimes, Impr. de Chastanier, 1892; Ferdinand Dreyfus, *L'Assistance sous la Seconde République (1848-1851)*, París, E. Cornély, 1907; Jacques Dehaussy, *L'Assistance publique à l'enfance. Les enfants abandonnés*, París, Librairie du Recueil Sirey, 1951.

[35] Fundada el 22 de enero de 1840 por el magistrado Frédéric Auguste Demetz (1796-1873), la colonia de Mettray, cerca de Tours, está destinada a los niños absueltos por inimputabilidad y a los retenidos en concepto de corrección paterna. Cf.: Frédéric Auguste Demetz, *Fondation d'une colonie agricole de jeunes détenus à Mettray*, París, Duprat, 1839; Augustin Cochin, *Notice sur Mettray*, París, Claye et Taillefer, 1847; Édouard Ducpetiaux, *Colonies agricoles, écoles rurales et écoles de réforme pour les indigents, les mendiants et les vagabonds, et spécialement pour les enfants des deux sexes, en Suisse, en Allemagne, en France, en Angleterre, dans les Pays-Bas et en Belgique* (informe dirigido al ministro de Justicia), Bruselas, Impr. T. Lesigne, 1851, pp. 50-65; *La Colonie de Mettray*, Batignolles, De Hennuyer, 1856, y *Notice sur la colonie agricole de Mettray*, Tours, Ladevèze, 1861; H. Gaillac, *Les Maisons de correc-*

Aquí tenemos, entonces, toda una [suerte]* de trama disciplinaria, que se precipita cuando la familia falla y constituye, por consiguiente, la avanzada misma de un poder controlado por el Estado en los casos en que ya no hay familia; pero esa avanzada de los sistemas disciplinarios no se hace jamás sin referencia a ella ni sin funcionamiento cuasi familiar o pseudofamiliar. Se trata, me parece, de un fenómeno muy característico de la función necesaria de la soberanía familiar con respecto a los mecanismos disciplinarios.

Y en esa organización de los sustitutos disciplinarios de la familia, con referencia familiar, constatamos la aparición de lo que llamaré la función psi, es decir, la función psiquiátrica, psicopatológica, psicosociológica, psicocriminológica, psicoanalítica, etc. Cuando digo "función" no sólo aludo al discurso, sino a la institución y al propio individuo psicológico. Creo que ésa es, en verdad, la función de esos psicólogos, psicoterapeutas, criminólogos, psicoanalistas, etc. ¿Y cuál es, si no ser los agentes de la organización de un dispositivo disciplinario que va a ponerse en marcha, a precipitarse, cuando se produzca un vacío en la soberanía familiar?

Consideren lo que pasó históricamente. La función psi nació, por supuesto, del lado de la psiquiatría; vale decir que se originó a principios del siglo XIX, del otro lado de la familia, como si se tratara de su contracara. Cuando un individuo escapa a la soberanía de la familia, se lo interna en el hospital psiquiátrico, donde la cuestión consiste en adiestrarlo en el aprendizaje de una disciplina lisa y llana, algunos de cuyos ejemplos les di en los cursos anteriores, y en el cual, poco a poco, a lo [largo] del siglo XIX, veremos surgir referencias familiares; y la psiquiatría va a presentarse paulatinamente como empresa institucional de disciplina que permitirá la refamiliarización del individuo.

La función psi nació, entonces, como esa suerte de contracara de la familia. Ésta solicitaba la internación; el individuo quedaba sometido a la disciplina psiquiátrica y se suponía que la misión consistía en refamiliarizarlo.

---

tion..., *op. cit.*, pp. 80-85. Foucault vuelve al tema en *Surveiller et punir...*, *op. cit.*, pp. 300-303. [Según lo dispuesto en el artículo 376 del Código Civil de 1804, el padre podía solicitar la "corrección paterna", consistente en el encierro de su hijo durante un mes, si tenía menos de 16 años, o seis meses, si superaba esa edad. (N. del T.)]

* Grabación: especie, una constitución.

Después, poco a poco, la función psi se extendió a todos los sistemas disciplinarios: escuela, ejército, taller, etc. Esto significa que desempeñó el papel de disciplina para todos los indisciplinables. Cada vez que un individuo era incapaz de seguir la disciplina escolar, la del taller, la del ejército o, en última instancia, la de la prisión, intervenía la función psi. Y lo hacía con un discurso en el cual atribuía a la laguna, a la flaqueza de la familia, el carácter indisciplinable del individuo. Así vemos aparecer, en la segunda mitad del siglo XIX, la imputación a la carencia familiar de todas las insuficiencias disciplinarias del individuo. Y por fin, a comienzos del siglo XX, la función psi se convierte a la vez en el discurso y el control de todos los sistemas disciplinarios. Es el discurso y la introducción de todos los esquemas de individualización, normalización y sujeción de los individuos dentro de los sistemas disciplinarios.

De tal modo, se verifica la aparición de la psicopedagogía dentro de la disciplina escolar, la psicología laboral dentro de la disciplina fabril, la criminología dentro de la disciplina carcelaria, la psicopatología dentro de la disciplina psiquiátrica y asilar. La función psi, por lo tanto, es la instancia de control de todas las instituciones y todos los dispositivos disciplinarios y al mismo tiempo emite, sin contradicción alguna, el discurso de la familia. A cada instante, como psicopedagogía, como psicología del trabajo, como criminología, como psicopatología, etc., el elemento al cual remite, la verdad que ella constituye y forma y que designa para ella su referencial, es siempre la familia. La función psi tiene como referencial constante la familia, la soberanía familiar, y ello en la medida misma en que es la instancia teórica de todo dispositivo disciplinario.

La función psi es precisamente lo que delata la pertenencia profunda de la soberanía familiar a los dispositivos disciplinarios. Esa heterogeneidad que a mi juicio existe entre la soberanía familiar y los dispositivos disciplinarios es funcional. Y con esa función se conectan el discurso, la institución y el hombre psicológico. La psicología como institución, como cuerpo del individuo, como discurso, es lo que controlará permanentemente, por un lado, los dispositivos disciplinarios, y remitirá, por otro, a la soberanía familiar como instancia de verdad a partir de la cual será posible describir y definir todos los procesos, positivos o negativos, que ocurren en los dispositivos disciplinarios.

No es sorprendente que el discurso de la familia, el más "discurso de la familia" de todos los discursos psicológicos, el psicoanálisis, pueda funcionar desde mediados del siglo XX como el discurso de verdad a partir del cual es posible analizar todas las instituciones disciplinarias. Y por eso, si lo que digo es verdad, habrán de comprender que no se puede oponer como crítica de la institución o la disciplina escolar, psiquiátrica, etc., una verdad que se haya formado a partir del discurso de la familia. Refamiliarizar la institución psiquiátrica, refamiliarizar la intervención psiquiátrica, criticar la práctica, la institución, la disciplina psiquiátrica, escolar, etc., en nombre de un discurso de verdad cuya referencia sea la familia, no es en absoluto plantear la crítica de la disciplina; por el contrario, es remitir constantemente a ella.*

El hecho de referirse a la soberanía de la relación familiar no significa escapar al mecanismo de la disciplina; es, al contrario, reforzar ese juego entre soberanía familiar y funcionamiento disciplinario que me parece muy característico de la sociedad contemporánea y de esa apariencia residual de soberanía en la familia, que puede asombrar cuando se la compara con el sistema disciplinario pero que, en realidad, funciona en contacto muy directo con él.

* El manuscrito hace referencia a las siguientes obras: Gilles Deleuze y Felix Guattari, *Capitalisme et schizophrénia*, I, *L'Anti-Œdipe*, París, Éd. de Minuit, 1972, col. "Critique" [trad. esp.: *El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*, Barcelona, Paidós, 1998]; Robert Castel, *Le Psychanalysme*, París, Maspero, 1973, col. "Textes à l'appui" [trad. esp.: *El psicoanalismo. El orden psicoanalítico y el poder*, México, Siglo XXI, 1980].

Clase del 5 de diciembre de 1973

El asilo y la familia. De la interdicción a la reclusión. La ruptura entre el asilo y la familia – El asilo, una máquina de curar – Tipología de los "aparatos corporales" – El loco y el niño – Las casas de salud – Dispositivos disciplinarios y poder familiar.

He tratado de poner de relieve el basamento disciplinario del asilo y mostrarles que a partir del siglo XVIII una especie de trama disciplinaria comienza a recubrir la sociedad, y en ella vemos aparecer una serie de esquemas disciplinarios específicos como el ejército, la escuela, el taller, etc., cuya formalización o, en todo caso, su dibujo a la vez sistemático y acabado es, a mi entender, el panóptico de Bentham.

Ahora querría ocuparme del funcionamiento del asilo, funcionamiento más específico porque, a mi juicio, el asilo tiene sus rasgos particulares. Por un lado, [el] de tener relación, y una relación privilegiada –difícil y problemática, además–, con la familia. Por otro, el asilo, como sistema disciplinario, es también un lugar de formación de cierto tipo de discurso de verdad. Con ello no digo en modo alguno que los otros sistemas disciplinarios no den lugar a discursos de verdad y carezcan de relación con la familia; me parece, de todos modos, que en el caso de la institución y la disciplina asilares, la relación con ella es muy específica y está muy sobrecargada; por otra parte, se elaboró durante mucho tiempo y no dejó de transformarse a lo largo de todo el siglo XIX. Por lo demás, el discurso de verdad también es un discurso específico.

Tercer y último rasgo característico: probablemente –y aquí entramos a la hipótesis y el juego que querría plantear–, ese discurso de verdad constituido en el asilo y la relación con la familia se apuntalan mutuamente, se apoyan uno a otro y, en definitiva, generan un discurso psiquiátrico que se presentará

como discurso de verdad y cuyo objeto, punto de mira, campo de referencia, será en esencia la familia, los personajes familiares, los procesos familiares, etc. El problema consiste en saber de qué manera el discurso psiquiátrico, el discurso que se origina en el ejercicio del poder psiquiátrico, podrá convertirse en el discurso de la familia, el discurso verdadero de la familia y sobre la familia.

Hoy, entonces, trataremos el problema del asilo y la familia.

Creo que debemos partir del asilo sin familia, el asilo que rompe –y que rompe a la vez de manera violenta y explícita– con la familia. Tal es la situación inicial, la situación que encontramos en esa protopsiquiatría cuyos representantes y fundadores fueron Pinel y, sobre todo, Fodéré y más aún Esquirol.

Consideraré tres testimonios de la ruptura del asilo con la familia. El primero es la *forma jurídica de la reclusión psiquiátrica*, que gira en esencia alrededor de esa ley de 1838 de la cual aún no nos hemos deshecho porque, en líneas generales y con algunas modificaciones, sigue rigiendo la reclusión asilar. Me parece que, habida cuenta de la época en que se sitúa, esa ley debe interpretarse como ruptura y desposesión de los derechos de la familia con respecto al loco. En efecto, con anterioridad a ella, el procedimiento esencial, el elemento jurídico básico que permitía la toma de posesión del loco, la caracterización y la designación de su estatus como tal, era la interdicción.

¿Qué era la interdicción? Un procedimiento jurídico que, en primer lugar, era y debía ser solicitado por la familia; en segundo lugar, una medida de orden judicial: la decidía un juez y, aunque lo motivara el pedido de la familia, *también lo hacía luego de una consulta obligatoria a sus miembros*; tercero y último, el efecto jurídico de ese procedimiento de interdicción consistía en la transferencia de los derechos civiles del individuo interdicto a un consejo de familia, así como el sometimiento del alienado al régimen de curatela. Por decirlo de alguna manera, se trataba entonces de un episodio del derecho familiar convalidado por procedimientos judiciales.[1] En eso

[1] "Los furiosos deben ser instalados en un lugar seguro, pero sólo es posible detenerlos en virtud de un juicio iniciado por la familia [...] [El Código Civil; J. L.] confía únicamente a los tribunales la tarea de verificar su estado" (circular de Portalis del 30 de fructidor del año XII/17 de septiembre de 1804, citada en Gustave Bollotte, "Les malades mentaux de 1789 à 1838 dans l'œuvre de P. Sérieux", en *Information Psychiatrique*, vol. 44, 10, 1968, p. 916). El Código Civil de 1804 reformula la antigua jurisdicción en el artículo 489 (título XI, cap. 2): "El mayor que se encuentra en un estado habitual de imbecilidad, demencia o furor debe ser interdicto,

consistía el procedimiento de interdicción, en cuanto procedimiento fundamental: en esencia, el loco era el individuo en quien recaía la interdicción, y se reconocía a alguien como despilfarrador, pródigo, loco, etc., por la designación de su estatus, que era el de una persona sujeta a interdicción.

Con referencia a la reclusión, se apeló a ella durante toda la época clásica de una manera que estuve a punto de calificar de regular, pero que, justamente, no lo era; por el contrario, era una manera irregular. La reclusión podía ser el resultado del procedimiento de interdicción o producirse independientemente de éste, pero en ese momento era siempre una reclusión de hecho, obtenida por la familia que solicitaba la intervención del teniente de policía, el intendente, etc., o bien una reclusión decidida por el poder real o el parlamento, cuando alguien había cometido una irregularidad, una infracción o un crimen cualquiera y se consideraba que, en vez de ponerlo en manos de la justicia, era mejor encerrarlo. En consecuencia, la reclusión era un procedimiento de origen bastante irregular y que rodeaba la interdicción e incluso podía llegar a reemplazarla, pero que no tenía un estatus judicial homogéneo y fundamental en esa suerte de toma de posesión del loco.

La toma de posesión del loco era, por lo tanto, la interdicción, y ésta era un episodio del derecho familiar convalidado por el procedimiento judicial. Omito una serie de circunstancias que ya anuncian la ley de 1838: la ley de

---

aun cuando ese estado presente intervalos de lucidez". Cf.: art. "Interdit", en Claude-Joseph de Ferrière (dir.), *Dictionnaire de droit et de pratique*, París, Brunet, 1769, t. II, pp. 48-50; Henri Legrand du Saulle, *Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire*, París, Delahaye et Lecrosnier, 1881; Paul Sérieux y Lucien Libert, *Le Régime des aliénés en France au XVIII[e] siècle*, París, Masson, 1914; Paul Sérieux y Marc Trénel, "L'internement des aliénés par voie judiciaire (sentence d'interdiction) sous l'Ancien Régime", *Revue Historique de Droit Français et Étranger*, cuarta serie, año X, julio-septiembre de 1931, pp. 450-486; André Laingui, *La Responsabilité pénale dans l'ancien droit (XVI[e]-XVIII[e] siècles)*, París, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1970, t. II, p. 173-204; Michel Foucault se refiere a ello en *Histoire de la folie*..., *op. cit.* (1972), pp. 141-143, y vuelve a tocar el tema en la clase del 15 de enero de 1975 de *Les Anormaux. Cours au Collège de France – 1974-1975*, edición establecida por Valerio Marchetti y Antonella Salomoni bajo la dirección de François Ewald y Alessandro Fontana, París, Gallimard/Seuil, 1999, col. "Hautes Études", pp. 131-136 [trad. esp.: *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000].

agosto de 1790, por ejemplo, que otorga a la autoridad municipal cierta cantidad de facultades.[2]

A mi entender, la ley de 1838 consiste en dos cosas fundamentales. La primera es poner la reclusión por encima de la interdicción. Es decir que ahora el elemento esencial en la toma de posesión del loco pasa a ser la reclusión; la interdicción, por su parte, sólo se suma como complemento judicial eventual *a posteriori*, cuando sea necesaria, cuando la situación jurídica, los derechos civiles del individuo estén en riesgo o cuando ese individuo, por el contrario, pueda comprometer la situación de su familia debido a los derechos de que dispone. Pero la interdicción ya no es sino un elemento accesorio de un procedimiento fundamental, que es ahora el procedimiento de reclusión.

La aprehensión pasa por la reclusión; esto es, por la captura del propio cuerpo. La pieza jurídica fundamental es ahora una verdadera captura, y ya no la desposesión de los derechos civiles o los derechos familiares. ¿Quién y cómo se encarga de esa captura? Desde luego, la mayoría de las veces ésta es consecuencia del pedido de la familia, pero no es obligatorio que así sea. En la ley de 1838, la reclusión puede ser perfectamente decidida por la autoridad prefectorial, sin que la familia le haya dado intervención alguna. En todo caso, ya se la haya dado o no, siempre es la autoridad prefectorial, redoblada por la autoridad médica, la que debe decidir en última instancia la reclusión de una persona. El individuo llega a un hospital público o una clínica privada con el diagnóstico o la presunción de locura: sólo será efectiva y estatutariamente designado como loco cuando alguien [haya] realizado una pericia de acuerdo con la autorización recibida para ello por parte de la autoridad civil, y cuando ésta –es decir, la misma autoridad prefectorial– lo haya decidido de tal modo. Ahora, el loco ya no aparece, ya no se diferencia, ya no tiene un estatus con respecto al campo familiar, sino dentro de un campo que podemos denominar técnico administrativo o, si lo prefieren,

[2] La ley del 16 al 24 de agosto de 1790 hace de la reclusión una medida policial, al confiar "a la vigilancia y la autoridad de los cuerpos municipales [...] la tarea de evitar o remediar los acontecimientos fastidiosos que puedan ser ocasionados por los insensatos o furiosos dejados en libertad" (título XI, art. 3), en ***Législation sur les aliénés et les enfants assistés. Recueil des lois, décrets et circulaires (1790-1879)***, París, Ministère de l'Intérieur et des Cultes, 1880, t. I, p. 3. Véase Michel Foucault, *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), p. 443.

médico estatal, constituido por ese acoplamiento del saber y el poder psiquiátrico y el sumario y el poder administrativos. Ese acoplamiento designará al loco como tal, con respecto a quien la familia ya sólo dispondrá de un poder relativamente limitado.

El loco aparece ahora como adversario social, como peligro para la sociedad, y ya no como el individuo que puede poner en riesgo los derechos, las riquezas y los privilegios de una familia. El mecanismo de esta ley de 1838 designa al enemigo social y, por eso, puede decirse que la familia queda desposeída. Yo diría que, cuando leemos las justificaciones aducidas a favor de esa ley de 1838 en el momento de votarla, o los comentarios hechos una vez sancionada, siempre se dice que fue preciso dar esa preeminencia a la reclusión sobre la interdicción, al poder científico estatal sobre el poder familiar, para proteger a la vez la vida y los derechos de los allegados. En efecto, durante todo el tiempo en que el prolongado, pesado y arduo procedimiento de la interdicción fue la pieza esencial, adueñarse de un loco era, en definitiva, algo relativamente difícil; y durante todo ese período, el loco podía efectivamente hacer estragos en su propio entorno. Era un peligro para sus allegados y, debido a ese riesgo, su círculo familiar directo estaba expuesto a sus furores; era menester, por lo tanto, protegerlo; de allí la necesidad de dar prioridad al procedimiento de una reclusión rápida por encima del dilatado procedimiento de la interdicción.

Por otra parte, se ha destacado que dar demasiada importancia a la interdicción, hacer de ella el elemento fundamental, era abrir la puerta a todas las intrigas, todos los conflictos de intereses familiares; y también en este caso era preciso proteger los derechos de la familia restringida y cercana –ascendientes y descendientes– contra la codicia de la familia extensa.

Es verdad; y en cierto sentido, así funcionó la ley de 1838: desposeer a la familia extensa en beneficio y en el interés de la familia cercana. Pero esto, justamente, es muy característico de toda una serie de procesos que vamos a encontrar a lo largo del siglo XIX, aplicados no sólo a los locos sino también a la pedagogía, la delincuencia, etcétera.*

* El manuscrito agrega: "De hecho, damos aquí con un proceso que volveremos a encontrar a lo largo de la historia del poder psiquiátrico".

Sucede que el poder del Estado o, digamos, cierto poder técnico estatal, se introduce como una cuña en el sistema amplio de la familia, se apodera en nombre propio de una serie de facultades antes pertenecientes a la familia extensa, y para ejercer ese poder del que acaba de apropiarse, se apoya en una entidad que no calificaré de absolutamente nueva, pero sí recién recortada, reforzada, intensificada: la pequeña célula familiar.

La pequeña célula familiar constituida por ascendientes y descendientes es una especie de zona de intensificación dentro de esa gran familia que es desposeída y soslayada. Y será el poder del Estado o, en este caso, el poder técnico estatal, el que va a aislar y apoyarse en esa familia pequeña, celular, intensa, que es un efecto de la incidencia de aquel poder sobre la gran familia así despojada. Eso es, creo, lo que puede decirse del mecanismo de la ley de 1838; como verán, y si tenemos en cuenta que todos los grandes asilos funcionan desde hace ya 150 años sobre la base de esa forma jurídica, es importante señalar que ésta no favorece los poderes familiares; al contrario, desposee a la familia de sus poderes tradicionales. Jurídicamente, entonces, hay una ruptura entre el asilo y la familia.

Si tomamos la táctica médica, es decir, la manera misma como las cosas se desarrollan en el asilo, ¿qué vemos?

Primer principio, establecido con firmeza y que encontraremos prácticamente durante toda la vida –estuve a punto de decir "toda la vida serena"– de la disciplina psiquiátrica, esto es, hasta el siglo XX: el principio o, mejor, el precepto, la regla de saber técnico según la cual jamás se puede curar a un alienado dentro de su familia. El medio familiar es absolutamente incompatible con el manejo de cualquier acción terapéutica.

A través de todo el siglo XIX encontramos centenares de formulaciones de ese principio. Les daré sólo una, a mero título de referencia y ejemplo, porque es antigua y, en cierto modo, fundacional. Se trata de un texto de Fodéré de 1817, en el cual éste dice que la persona internada en un asilo "entra a un mundo nuevo y en el que debe quedar completamente separado de sus padres, amigos y conocidos".[3] Y un texto más tardío, de 1857, que menciono porque va a servirnos de punto de referencia, pues hay en él un clivaje

[3] François Emmanuel Fodéré, *Traité du délire*..., *op. cit.*, t. II, p. 252.

importante: "En las primeras vislumbres de la locura, separad al enfermo de su familia, sus amigos y su hogar. Ponedlo de inmediato bajo la tutela del arte".[4] Por lo tanto, nunca se puede curar a un alienado en su familia.

Por otra parte, durante todo el transcurso de la terapéutica, es decir, de la operación médica que debe conducir a la curación, cualquier contacto con la familia es perturbador y peligroso; en la medida de lo posible, es preciso evitarlo. Se trata, como ven, del principio del aislamiento o, mejor –pues la palabra misma "aislamiento" es riesgosa, parece indicar que el enfermo debe estar solo, cuando en realidad no se lo trata de ese modo en el asilo–, el principio del mundo ajeno. En comparación con el espacio familiar, el espacio delineado por el poder disciplinario del asilo debe ser absolutamente ajeno.[5] ¿Por qué? Indico aquí las razones a simple título de referencia. Algunas son extraordinariamente triviales, otras, bastante interesantes y tendrán, por transformaciones sucesivas, cierto destino en la historia del poder psiquiátrico.

Primera razón: el principio de la distracción, importante debajo de su aparente banalidad; para curarse, un loco nunca debe pensar en su locura.[6]

[4] Pierre Berthier, *Médecine mentale*, t. I, *De l'isolement*, París, J.-B. Baillière, 1857, p. 10.

[5] Principio enunciado por Esquirol en su "Mémoire sur l'isolement des aliénés" (leída en el instituto el 1º de octubre de 1852): "El aislamiento del alienado (secuestro, confinamiento) consiste en sustraerlo a todas sus costumbres, separándolo de su familia, sus amigos, sus servidores; rodeándolo de extraños; modificando toda su manera de vivir". Jean Étienne Dominique Esquirol, *Des maladies mentales...*, *op. cit.*, t. II, p. 745. Cf.: Jean-Pierre Falret, "Du traitement général des aliénés" (lección dictada en el hospicio de la Salpêtrière, 1854), en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, J.-B. Baillière, 1864, pp. 677-699 (véase en especial pp. 685 y ss.); Joseph Guislain, *Traité sur les phrénopathies...*, *op. cit.*, 2ª ed., 1835, p. 409; Jean-Marc Dupuy, *Quelques considérations sur la folie. Visite au Castel d'Andorte, établissement destiné aux aliénés de la classe riche*, Périgueux, Impr. Dupont, 1848, pp. 7-8.

[6] François Leuret señala: "cada vez que sea posible, es preciso imponer silencio al enfermo con respecto a su delirio, y ocuparlo en otra cosa". Cf. *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, p. 120. Véase también su "Mémoire sur la révulsion morale dans le traitement de la folie", *op. cit.*, p. 658. Sin embargo, es J.-P. Falret quien, en un resumen fiel de las concepciones de Esquirol ("De la folie", *op. cit.*, t. I, p. 119), lo enuncia de manera más explícita en un manuscrito inédito: "El aislamiento ocupa, desde luego, el primer lugar [...] Sin embargo, una vez que el enfermo ha sido sustraído a las influencias externas, ¿hay que dejarlo librado a sí mismo sin procurar destruir la fijeza de sus preocupaciones enfermizas? No, como es evidente. No conformes con

Hay que procurar que jamás la tenga en mente, que en lo posible se borre de su discurso y no pueda ser vista por testigos. Ocultar la locura, no decirla, apartarla de la mente, pensar en otra cosa: principio de no asociación o, si lo prefieren, principio de disociación.

Se trata de uno de los grandes esquemas de la práctica psiquiátrica de la época, hasta el momento en que, a la inversa, triunfe el principio de asociación. Y cuando digo principio de asociación, no pienso en Freud sino en Charcot, vale decir, en la irrupción de la histeria, pues la histeria será el gran punto de clivaje en toda esta historia. Por lo tanto, si la familia debe estar ausente, si se debe situar al individuo en un mundo absolutamente ajeno, es a causa del principio de distracción.

Segundo principio, también muy trivial, aunque interesante por la historia que tendrá: la familia es señalada, indicada como, si no exactamente la causa, al menos la oportunidad de la alienación. El motivo de eclosión del episodio de locura serán las contrariedades, las preocupaciones de dinero, los celos amorosos, las penas, las separaciones, la ruina, la miseria, etc.; todo eso desencadena la locura y no dejará de alimentarla.[7] En consecuencia, es preci-

---

alejar las causas que pueden fomentar el delirio, debemos combatir este mismo; con esa finalidad, la experiencia no reconoce medio más eficaz que el consistente en fijar la atención de unos en los objetos más susceptibles de cautivarlos, y en desviar las ideas fijas de otros, distraerlos de sus preocupaciones poniendo sin cesar ante sus ojos objetos ajenos a su delirio y encauzando toda su atención hacia cualquier tipo de actividades en las que les sea imposible pensar en su enfermedad". Citado por Georges Daumezon y Philippe Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle française contemporaine", en *Anais Portugueses de Psiquiatria*, t. IV, 4, 1952, p. 274. Véase también Jean-Pierre Falret, "Du traitement général des aliénés", *op. cit.*, p. 687.

[7] "Con frecuencia, la causa moral de la alienación está presente en el seno de la familia y tiene su origen en aflicciones, disensiones domésticas, reveses de la fortuna, etcétera [...], a menudo, el primer estremecimiento sufrido por las facultades intelectuales y morales se produce en la propia casa del alienado, en medio de sus conocidos, sus parientes, sus amigos." Jean Étienne Dominique Esquirol, *Des passions, considérés comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, Th. Méd. Paris, núm. 574, París, Didot Jeune, 1805, p. 43 [trad. esp.: *Sobre las pasiones, consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000]. Cf.: Jules Fournet, "Le traitement moral de l'aliénation soit mentale, soit morale, a son principe et son modèle dans la famille", informe leído en la Société Médicale d'Émulation el 4 de marzo de 1854: "Numerosos alienados encuentran en el seno de lo que llamamos familia no sólo las condiciones

so separar al enfermo de su familia para eludir ese soporte permanente de la locura que ésta representa.

Tercera razón aducida, muy interesante: el concepto, introducido por Esquirol y que va a desmoronarse, a desaparecer, aunque todavía lo encontremos durante bastante tiempo sin que se retome el término mismo [...],* el muy extraño concepto de "sospecha sintomática"[8] [...]** Esquirol dice que el enfermo mental, y en esencia el maníaco, está afectado por una "sospecha sintomática"; esto quiere decir que la alienación mental es un proceso durante el cual el humor del individuo se modificará: las sensaciones se alteran, el afectado tiene nuevas impresiones, ya no ve las cosas con exactitud, deja de percibir los rostros, ya no entiende las palabras de la misma manera; eventualmente, escucha voces que carecen de un soporte real o ve imágenes que no son perceptivas: alucinaciones. El alienado no comprende la causa de todos estos cambios producidos en su cuerpo, y ello por dos razones: por un lado, no sabe que está loco; por otro, no conoce los mecanismos de la locura.

Al no comprender la causa de todas esas transformaciones, buscará su origen fuera de sí mismo, fuera de su cuerpo y al margen de su locura; lo buscará en su entorno. De tal modo, conectará a todo lo que lo rodea, no exactamente la extrañeza de sus impresiones, sino la causa de esa extrañeza; de resultas, considerará que el origen de ese malestar no es otra cosa que la malevolencia de quienes están a su alrededor, y comenzará a tener sentimientos persecutorios. La persecución, que Esquirol denominaba "sospecha

---

que irritan, exasperan y precipitan esos tipos de afecciones, sino también, y por eso mismo, las condiciones que les dan origen" (*Annales Médico-Psychologiques*, 2ª serie, t. VI, octubre de 1854, pp. 523-524); Alexandre Brierre de Boismont, "De l'utilité de la vie de famille dans le traitement de l'aliénation mentale, et plus spécialement de ses formes tristes", informe leído en la Académie des Sciences el 21 de agosto de 1865, *Annales Médico-Psychologiques*, 4ª serie, t. VII, enero de 1866, pp. 40-68; París, Martinet, 1866.

* Grabación: de Esquirol.

[8] "El alienado se vuelve tímido, receloso; teme a todo lo que se le acerca y sus sospechas se extienden a las personas que le eran más queridas. La convicción de que todos se dedican a atormentarlo, a difamarlo [...], a arruinarlo, representa el remate de esta perversión moral. De allí la sospecha sintomática que a menudo se acrecienta sin motivo." Jean Étienne Dominique Esquirol, "De la folie", *op. cit.*, t. I, p. 120.

** Grabación: que introduce Esquirol.

sintomática", es el fondo contra el cual van a desarrollarse las relaciones del enfermo con su entorno. Está claro que, si se pretende romper esa sospecha sintomática, es decir si se quiere que el enfermo tome conciencia de la enfermedad *y sepa que la extrañeza de sus sensaciones sólo se debe a su mal*, es preciso desconectar su existencia de todos esos personajes que lo han rodeado y que ahora, a partir del origen de su locura, están marcados por esa clase de sospecha.

Cuarta y última razón que alegan los psiquiatras para explicar la necesidad de ruptura con la familia: dentro de toda familia existen relaciones de poder –yo las llamaría de soberanía, pero no importa– que en sí mismas son incompatibles *con la curación de la locura, por dos motivos*. El *primero* es que esas relaciones de poder, de por sí, alimentan la locura: el hecho de que un padre pueda ejercer una voluntad tiránica sobre sus hijos y el entorno es un elemento perteneciente a la trama de poder propia de la familia y, desde luego, va a reforzar el delirio de grandeza de aquél; el hecho de que una mujer pueda hacer valer de manera legítima sus caprichos e imponerlos al marido es algo que corresponde al tipo de poder característico de la familia, pero que no puede, como es evidente, sino alimentar la locura de la mujer. Por consiguiente, es menester privar a los individuos de la situación de poder, de los puntos de apoyo de poder de que disponen en la familia. Otro motivo, claro está, es que el mismo poder médico es distinto del poder familiar y, si la ambición es ejercerlo concretamente y que se imponga al enfermo, es necesario dejar en suspenso todo lo relacionado con configuraciones, puntos de apoyo, relevos propios del poder familiar.

Tales son, en líneas generales, las cuatro razones que encontramos en la psiquiatría de la época para explicar la ruptura terapéutica necesaria entre el asilo y la familia. Y damos constantemente con historias muy edificantes en las cuales se nos cuenta que, en el transcurso mismo de un procedimiento terapéutico próximo a obtener buenos resultados, el más mínimo contacto con la familia no tarda en trastornar toda la situación.

Así, Berthier, en su tratado de medicina mental –había sido discípulo de Girard de Cailleux y había trabajado en el hospital de Auxerre–,[9] cuenta

[9] Pierre Berthier (1830-1877) ingresa en 1849 como residente en el servicio de su tío, Henri Girard de Cailleux, médico en jefe y director del asilo de alienados de Auxerre. En 1857,

montones de historias espantosas de gente que estaba en camino a una curación y cuyo contacto con la familia produjo la catástrofe. Una de ellas:

> M. B., eclesiástico de los más respetables y que siempre había vivido en una práctica austera se ve afectado, sin causa observable, por una monomanía. *Como medida de precaución y conveniencia, se prohíbe la entrada al asilo de todos sus conocidos.* A pesar de ese atinado consejo, su padre logra llegar hasta él. El enfermo, que mejoraba, comienza a *empeorar de inmediato: su delirio adopta diversas formas.* Tiene alucinaciones, hace a un lado su breviario, blasfema y es presa de un delirio erótico orgulloso.[10]

Otra historia, aún más atractiva:

> *Procedente de una casa de salud del departamento del Ródano, la señora S.* llega en un estado deplorable, afectada de melancolía y con excitaciones maníacas causadas por aflicciones y reveses de la fortuna. Luego *de dos años de cuidados asiduos se obtiene una mejoría real: la convalecencia está cerca.* Su hijo, entusiasmado por ese cambio, expresa el deseo de verla. El médico en jefe accede a ello, pero recomienda que la *visita sea breve. El joven, sin sospechar la importancia de la recomendación,* pasa por encima de lo indicado. Al cabo de dos días, la agitación reaparece.[11]

¡Ah! No era ésta la historia que quería contarles... Se trataba de la historia de un padre de familia que estaba en el hospital de Auxerre, ya en vías de curación; he aquí que ve a su hijo a través de una ventana y entonces, preso de un deseo frenético de verlo, rompe el cristal. Luego de esa rotura del cristal que separaba el asilo del mundo externo y al hombre de su hijo, sobreviene

---

tras defender su tesis, "De la nature de l'aliénation mentale d'après ses causes et son traitement", en Montpellier, Berthier vuelve a trabajar durante dos años en Auxerre, hasta su nombramiento como médico en jefe en Bourg (Ain),: a partir de 1865 se desempeñará como médico residente en Bicêtre.

[10] Pierre Berthier, *Médecine mentale*, *op. cit.*, t. I, observación C, p. 25.

[11] *Ibid.*, observación D, p. 25.

la catástrofe: el enfermo vuelve a caer en el delirio. El contacto con la familia precipitó el proceso.[12]

Por lo tanto, la entrada al asilo, la vida en el asilo, implican necesariamente la ruptura con la familia.

Si observamos ahora lo que sucede una vez producido el ingreso y ejecutado ese rito de purificación y ruptura, si consideramos el presunto modo de curar del asilo, el transcurso de la curación en él, advertiremos, también en este caso, que estamos extraordinariamente lejos de todo lo que puede ser la familia como operador de curación. La familia nunca debe entrar en juego; aún más, para llevar a cabo la curación, jamás hay que apoyarse en elementos, disposiciones, estructuras que puedan, de una manera u otra, recordarla.

Esquirol y la mayoría de sus sucesores hasta la década de 1860 van a servirnos de bisagra. Durante ese primer episodio de la historia del poder psiquiátrico, ¿qué factores curan en el hospital? Son dos cosas..., bueno, no; en esencia, es una cosa: lo que cura en el hospital es el hospital mismo. Vale decir que la disposición arquitectónica, la organización del espacio, la manera de distribuir a los individuos en ese espacio, el modo de circulación por él, el modo de observar y ser observado, todo eso, tiene de por sí valor terapéutico. En la psiquiatría de esa época, la máquina de curación es el hospital. Cuando hablé de dos cosas, iba a decir: está la verdad. Pero intentaré mostrarles que el discurso de la verdad o el surgimiento de la verdad como operación psiquiátrica no son, en definitiva, más que efectos de esa disposición espacial.

El hospital, entonces, es la máquina de curar; ¿y cómo cura? No lo hace en absoluto como una reproducción de la familia; el hospital no es en modo alguno una familia ideal. Si cura, es porque pone en acción esos elementos cuya formalización traté de mostrarles en Bentham; el hospital cura porque es una máquina panóptica, cura en su carácter de aparato panóptico. Se tra-

[12] *Ibid.*, observación B: "M. G., afectado de melancolía aguda [...], llega en el estado más calamitoso [...] Luego de algunos meses de tratamiento, y de no pocos esfuerzos, se produce una mejoría [...] Pese a la prohibición expresa del médico director, el enfermo advierte la presencia de su hijo; rompe el cristal de una ventana y se lanza por la abertura resultante, con la intención de reunirse con él. Desde ese momento [...] las aluciones reaparecen con mayor intensidad, el sueño no llega, el delirio aumenta y la situación del enfermo no deja de agravarse" (pp. 24-25).

ta, en efecto, de una máquina de ejercer el poder, inducir, distribuir, aplicar el poder según el esquema benthamiano, aun cuando, desde luego, las disposiciones arquitectónicas propias del diseño de Bentham sean objeto de modificaciones. Digamos, en general, que podemos encontrar cuatro o cinco elementos que son del orden mismo del panóptico benthamiano y a los que se atribuye una función operativa en la curación.

En primer lugar, la visibilidad permanente.[13] El loco no sólo debe ser vigilado; además, el hecho de saber que siempre lo vigilan y, mejor aún, de saber que siempre pueden vigilarlo, que nunca deja de estar bajo el poder virtual de una mirada permanente, tiene valor terapéutico en sí mismo, pues uno no mostrará su locura cuando, justamente, se sepa observado, y observado como un loco, y entonces el principio de distracción, de disociación, va a actuar en su plenitud.

Es preciso, por lo tanto, que el loco siempre sea susceptible de caer bajo una mirada posible; y en eso reside el principio de la organización arquitectónica de los asilos. En vez del panóptico circular se prefiere otro sistema, pero que debe asegurar una visibilidad de igual magnitud: el principio de la arquitectura pabellonaria, es decir, pequeños pabellones que, según explica Esquirol, deben estar dispuestos sobre tres lados, con el cuarto lado abierto hacia el campo; en la medida de lo posible, esos pabellones así organizados deben tener una sola planta, a fin de que el médico pueda llegar de puntillas sin ser escuchado por nadie, ni los enfermos, ni los guardianes, ni los vigilantes, y comprobar qué pasa de un solo vistazo.[14] Además, en esta arquitectura pabellonaria que sufrió transformaciones, el modelo utilizado hasta fines del siglo XIX, la celda –pues aun para Esquirol la celda era, si no preferible al dormitorio colectivo, al menos una alternativa a éste– debía tener aberturas por dos lados, de manera tal que cuando el loco mirara hacia uno de ellos, se pudiera observar su actitud a través de la otra ventana. Cuando vemos lo que

[13] Principio abordado con el título de "La reconnaissance en miroir" en Michel Foucault, *Histoire de la folie…*, *op. cit.* (1972), pp. 517-519.

[14] "En un edificio de una sola planta, puede llegar en cualquier momento y sin ruido junto a los enfermos y los servidores." Jean Étienne Dominique Esquirol, *Des établissements consacrés aux aliénés en France…*, *op. cit.* (1819), p. 36; reeditado en *Des maladies mentales…*, *op. cit.*, t. II, p. 426.

Esquirol dice sobre la manera de construir los asilos, encontramos una transposición estricta del principio del panoptismo.

En segundo lugar, también se modifica el principio de la vigilancia central, esa suerte de torre desde la cual un poder anónimo se ejercía sin descanso. Sin embargo, lo reencontramos hasta cierto punto en el sector destinado al director, que debe estar en el centro y vigilar todos los pabellones dispuestos a su alrededor; pero, sobre todo, aunque la vigilancia central no se realice del mismo modo que en el panóptico de Bentham, siempre se obtiene el mismo efecto, a través de lo que podríamos llamar vigilancia piramidal de *las miradas*.

Tenemos, entonces, una jerarquía constituida por guardianes, enfermeros, vigilantes, médicos, cuyas relaciones siguen la vía jerárquica, y en la cima está el *médico jefe*, único responsable del asilo, pues el poder administrativo y el poder médico no deben estar desvinculados; todos los psiquiatras de la época insisten en ello. Y, en definitiva, todos los relevos de la vigilancia deben converger en esa suerte de saber-poder unitario y absoluto constituido por el médico jefe.

En tercer lugar, el principio del aislamiento, que también debe tener valor terapéutico. Aislamiento e individualización son garantizados por la celda de Esquirol, que reproduce casi con exactitud la celda del panóptico de Bentham, con su doble abertura y su contraluz. Encontramos asimismo este muy curioso principio del aislamiento; es decir, la disociación de todos los efectos de grupo y la asignación del individuo a sí mismo como tal, en la práctica médica corriente de la época, que es el sistema de lo que podríamos denominar *la percepción triangular de la locura*.

El asilo tropezaba con una objeción muchas veces planteada, y que era la siguiente: ¿es válido desde el punto de vista médico agrupar en un mismo espacio a personas que están locas? Para empezar, ¿la locura no será contagiosa? Y segundo, ¿el hecho de ver a los otros que están locos no puede inducir melancolía, tristeza, etc., en quien se encuentra en medio de ellos?

A lo cual los médicos respondían: en absoluto; por el contrario, es muy bueno ver la locura de los otros, siempre que cada enfermo pueda percibir a esos otros locos que están a su lado como los percibe el médico. En otras palabras, no se puede pedir de inmediato a un loco que adopte sobre sí mismo un punto de vista compartido con el médico, pues está demasiado atado a

su locura; en cambio, no está atado a la locura de los otros. Por consiguiente, si el médico muestra a cada enfermo por qué todos los que lo rodean son efectivamente enfermos y locos, entonces, el paciente en cuestión, al percibir de manera triangular la locura de los demás, terminará por comprender qué es estar loco, delirar, ser maníaco o melancólico, ser monomaníaco. Cuando el enfermo que se cree Luis XVI vea frente a sí a otro que también cree serlo, y vea también de qué manera juzga el médico a ese otro autoproclamado rey, podrá tomar indirectamente una conciencia de sí mismo y su locura que será análoga a la conciencia médica.[15]

Tenemos aquí un aislamiento del loco en su propia locura en virtud del juego de esa triangulación que tiene de por sí un efecto curativo[16] o, en todo caso, es la garantía de que no se producirán en el asilo esos fenómenos corrosivos de contagio, esos fenómenos grupales que, justamente, era misión del panóptico evitar, tratárase del hospital, de la escuela, etc. La ausencia de contagio y la inexistencia del grupo deben asegurarse mediante esa suerte

[15] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique...*, *op. cit.*, sec. II, § XXII, "Habileté dans l'art de diriger les aliénés, en paraissant se prêter à leurs idées imaginaires". En realidad, Pinel dice lo siguiente: "Tres alienados, que se creen otros tantos soberanos y cada uno de los cuales ha adoptado el título de Luis XVI, se disputan un día los derechos a la realeza y los hacen valer con formas un poco demasiado enérgicas. La vigilante se acerca a uno de ellos y, apartándolo un poco, le pregunta con aire serio: '¿Por qué discute con esas personas, que están notoriamente locas? ¿Acaso no sabemos que sólo usted debe ser reconocido como Luis XVI?' El enfermo, halagado con ese homenaje, se retira de inmediato y observa a los otros con altivez desdeñosa. El mismo artificio resulta con un segundo individuo: y de tal modo, al cabo de un instante ya no queda huella alguna de la disputa" (pp. 93-94). Este texto se cita con un comentario un tanto diferente en Michel Foucault, *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), pp. 517-518.

[16] Así, Esquirol, al evocar "la objeción más fuerte contra el aislamiento en una casa dispuesta para ese tipo de tratamiento", replica que "los efectos fastidiosos que para un alienado pueden resultar de vivir con compañeros de infortunio" son compensados por una "cohabitación [que] no es un obstáculo a la curación y resulta un medio de tratamiento, porque obliga a los alienados a reflexionar sobre su estado [...], a ocuparse de lo que pasa a su alrededor y, en cierto modo, a olvidarse de sí mismos, lo cual es un camino hacia la salud". Jean Étienne Dominique Esquirol, "De la manie" (1816), en *Des maladies mentales...*, *op. cit.*, t. II, p. 124. Jean-Pierre Falret afirma también que el asilo permite "generar la reflexión sobre sí mismo por el contraste entre todo lo que rodea al enfermo y su antiguo entorno". Jean-Pierre Falret, "Du traitement général des aliénés", *op. cit.* (1854), p. 687.

de conciencia médica de los otros que cada enfermo debe tener en lo concerniente a quienes lo rodean.

Por último –y también aquí encontramos los temas del panóptico–, el asilo actúa en virtud del juego del castigo incesante, aplicado ya sea por el personal, claro está, que debe estar presente todo el tiempo y junto a cada uno, ya sea mediante una serie de instrumentos.[17] Hacia la década de 1840, en Inglaterra, que estaba un poco rezagada con respecto a la práctica psiquiátrica occidental, una serie de médicos –ingleses, pero sobre todo irlandeses– postularon el principio de *no restraint*, es decir, la abolición de los instrumentos materiales de coerción.[18] En la época, la reivindicación gozó de una gran repercusión y, en cierto sentido, desató en todos los hospitales de Europa una campaña por el *no restraint* y una modificación bastante importante, en sustancia, en la manera de tratar a los locos. Pero no creo que esa alternativa, coerción física o *no restraint*, haya sido en definitiva demasiado seria.

Como prueba sólo aduciré una carta que la reverenda madre superiora de las hermanas responsables del asilo de Lille envió a su colega de Ruán, que

[17] Michel Foucault, *Histoire de la folie…, op. cit.* (1972), menciona "la evidencia casi aritmética del castigo" (p. 521).

[18] El principio de *no restraint* tiene sus raíces en las reformas emprendidas por los ingleses W. Tuke, J. Haslam y E. Charlesworth y el irlandés J. Conolly. Debido al fallecimiento de una mujer cuáquera en el asilo de York, William Tuke funda el 11 de mayo de 1796 un establecimiento para acoger a los alienados de la "Sociedad de Amigos": el Retiro. Samuel Tuke (1784-1857), su nieto, publica una *Description of the Retreat, an Institution near York for Insane Persons of the Society of Friends*, York, W. Alexander, 1813. Cf.: René Semelaigne, *Aliénistes et philanthropes: les Pinel et les Tuke*, París, Steinheil, 1912; Michel Foucault, *Histoire de la folie…, op. cit.* (1972), pp. 484-487, 492-496 y 501-511; John Haslam, boticario del hospital Bethlehem de Londres, le consagra una obra, *Considerations on the Moral Management…, op. cit.* (cf. también la clase del 7 de noviembre de 1973, notas 6 y 13); Edward Charlesworth (1783-1853), médico consultor en el Lyncoln Asylum, se propone en 1820 atacar los métodos coercitivos entonces en vigencia: *Remarks on the Treatment of the Insane and the Management of Lunatics Asylums*, Londres, Rivington, 1825; John Conolly (1794-1866), promotor del *no restraint*, lo aplica desde su llegada al asilo de Middlesex en Hanwell, cerca de Londres, el 1° de junio de 1839. Conolly expone sus concepciones en *The Construction and Government of Lunatics Asylums and Hospitals for the Insane*, Londres, J. Churchill, 1847, y *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraint*, Londres, Smith and Elder, 1856. Cf. también Hamilton Labatt, *An Essay on Use and Abuse of Restraint in the Management of the Insane*, Londres, Hodges and Smith, 1847.

era la superiora, y que decía: bueno, vea, no es tan grave; puede hacer como nosotros acabamos de hacer en Lille y retirar perfectamente todos esos instrumentos, con la condición de poner junto a cada uno de los alienados a quienes acaba de liberar "una religiosa que se les imponga".[19]

Finalmente la alternativa considerada, intervención del personal o instrumentos, es entonces una alternativa superficial en comparación con el mecanismo profundo, que es el del incesante castigo. Me parece, de todos modos, que el sistema del *restraint*, de la coerción física, es en cierto sentido más elocuente que el otro y más evidente. En los hospitales de esa época –por lo tanto, luego del famoso episodio de los alienados de Bicêtre liberados de sus cadenas por Pinel–, entre 1820 y 1845 –período, por ende, del *no restraint*–, hubo toda una serie maravillosa de instrumentos: la silla fija, es decir fijada a la pared y a la cual se ataba al enfermo; la silla móvil, que se movía al compás de la agitación del enfermo;[20] las esposas;[21] los manguitos;[22] la camisa de fuerza;[23] el traje con forma de guante, que apretaba el cuello del individuo y

[19] Carta de la madre superiora del asilo de mujeres de Lille a la madre superiora de las hermanas de Saint-Joseph de Cluny que sirven en el asilo de Saint-Yon (Sena Inferior) –cuyo médico en jefe, desde el 23 de mayo de 1856, es Bénédict Augustin Morel (1809-1873)–, en la cual aquélla expone el modo como ha logrado dominar la agitación de las enfermas: "Pusimos manos a la obra [...] y tomamos a una mujer agitada para colocarla bajo la vigilancia de una religiosa que sabía imponerse". Carta citada por Bénédict Augustin Morel en su informe *Le Non-Restraint, ou De l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie*, París, Masson, 1860, p. 77.

[20] Sillón asentado sobre un fuelle, de tal manera que "ante el más mínimo movimiento el alienado es sacudido en todos los sentidos, y la sensación desagradable que resulta de ese movimiento lo obliga a permanecer en calma". Joseph Guislain, *Traité sur les phrénopathies*..., *op. cit.* (1835), p. 414.

[21] Esquirol propicia las esposas de hierro con guarnición de cuero como uno de los "numerosos medios menos duros que las cadenas". Jean Étienne Dominique Esquirol, "Des maisons d'aliénés" (1818), en *Des maladies mentales*..., *op. cit.*, t. II, p. 533. Cf. también Joseph Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale*..., *op. cit.*, t. II, libro 12, "Instituts pour les aliénés. Moyens de répression", pp. 271-272.

[22] Los "manguitos de fuerza" están compuestos por una pieza de tejido que une las manos sobre la delantera del cuerpo.

[23] La camisa de fuerza, inventada en 1790 por Guilleret, un tapicero de Bicêtre, consiste en una camisa de tela fuerte, abierta por detrás y con largas mangas que se entrecruzan por

lo ceñía a fin de que mantuviera las manos contra los muslos; los féretros de mimbre[24] en los cuales se encerraba a los individuos, y los collares de perro con puntas bajo el mentón. Toda una tecnología del cuerpo que es muy interesante y cuya historia habría que hacer, tal vez, reinscribiéndola en la historia general de esos aparatos corporales.

Me parece lícito decir lo siguiente: antes del siglo XIX hubo una cantidad bastante considerable de esos aparatos corporales. Creo que podemos considerar tres tipos. Los aparatos de garantía y prueba, es decir, aquellos en los cuales cierto tipo de acción está vedada y cierto tipo de deseo está proscripto; el problema consiste en saber hasta dónde es posible soportarlos y si la prohibición así materializada por el aparato será infringida o no. El arquetipo mismo de esas máquinas es el cinturón de castidad.

Tenemos otro tipo de aparato corporal: los aparatos para arrancar la verdad, que obedecen a una ley de intensificación gradual, de incremento cuantitativo; por ejemplo, el suplicio del agua, la estrapada,[25] etc., que se utilizaban de manera habitual en la prueba de verdad de la práctica judicial.

Tercero y último, tenemos los aparatos corporales cuya función esencial era manifestar y sellar al mismo tiempo la fuerza del poder; marcar con una

---

delante y se unen en la espalda, inmovilizando los brazos. Cf.: Joseph Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale..., op. cit.*, t. II, pp. 269-271; Eugène Rouhier, *De la camisole ou gilet de force*, París, Piller, 1871; Auguste Voisin, "De l'utilité de la camisole de force et des moyens de contention dans le traitement de la folie", comunicación del 26 de julio de 1860 a la Société Médico-Psychologique, *Annales Médico-Psychologiques*, 3ª serie, t. VI, noviembre de 1860, pp. 427-431; Valentin Magnan, art. "Camisole", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, París, Masson/Asselin, 1880, 1ª serie, t. XI, pp. 780-784. M. Foucault analiza el sentido de su utilización en *Histoire de la folie..., op. cit.* (1972), p. 460.

[24] Instrumento de contención, el féretro de mimbre es una caja del largo de un hombre en la cual el enfermo se tiende sobre un colchón. Provista de una tapa, tiene una escotadura en un extremo para dejar pasar la cabeza. Cf. Joseph Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale..., op. cit.*, t. II, p. 263.

[25] La estrapada consiste en el izamiento del culpable anudado a una soga y atado de pies y manos hasta el extremo superior de una horca, desde el cual se lo lanza varias veces contra el suelo. Sobre la prueba de verdad en el procedimiento judicial, véanse Michel Foucault, "Théories et institutions pénales", curso en el Collège de France, 1971-1972, sexta clase, y *Surveiller et punir..., op. cit.*, pp. 43-46.

letra de fuego el hombro o la frente; atenazar o quemar a un regicida significaba utilizar a la vez un aparato de suplicio y un aparato de marcación: era la manifestación del desencadenamiento del poder en el cuerpo mismo, torturado y sometido.[26]

Ésos son los tres grandes tipos de aparatos corporales, y lo que vemos aparecer en el siglo XIX es un cuarto tipo de instrumentos que, a mi parecer –pero se trata de una hipótesis, pues, insisto, la historia de todo esto aún es una tarea pendiente–, surge precisamente por entonces, y en los asilos. Son los instrumentos que podríamos llamar ortopédicos; me refiero con ello a los útiles cuya función no es la marcación del poder, el arrancamiento de la verdad, la garantía, sino el enderezamiento y el adiestramiento del cuerpo.

Y me parece que esos aparatos se caracterizan de la siguiente manera. En primer lugar, son aparatos de acción continua. Segundo, son aparatos cuyo efecto progresivo debe consistir en hacerlos inútiles; es decir que, en última instancia, debemos tener la posibilidad de retirar el aparato y que el efecto logrado gracias a él esté definitivamente inscripto en el cuerpo. Por lo tanto, aparatos de efecto de autoanulación. Y para terminar, deben ser, en la medida de lo posible, aparatos homeostáticos: cuanto menos resistencia se les opone, menos se los siente; a la inversa, cuanto más se intenta escapar a ellos, mayor es el sufrimiento. Es el sistema del collar con puntas de hierro: si no bajamos la cabeza, no lo sentimos, pero cuanto más la bajamos, más nos hace sentir su efecto; o el sistema de la camisa de fuerza: cuanto más nos debatimos, más nos estrangulamos; o el sistema del sillón que provoca vértigo: mientras no nos movemos, estamos convenientemente sentados; en cambio, si nos agitamos, la trepidación del sillón nos marea.

Tenemos aquí el principio del instrumento ortopédico que en la mecánica asilar es, creo, el equivalente de lo que Bentham había imaginado como la visibilidad absoluta.

Todo esto nos remite a un sistema psiquiátrico en el cual la familia no cumple absolutamente ningún papel. No sólo ha sido aseptizada y excluida desde el inicio, sino que en el presunto funcionamiento terapéutico del aparato asilar nada recuerda en absoluto a la familia. Y el modelo que se tiene

[26] Sobre el suplicio de Damien, cf. Michel Foucault, *Surveiller et punir...*, *op. cit.*, pp. 9-11 y 36-72.

mucho más en cuenta, el modelo que funciona, es desde luego el del taller, el de las grandes explotaciones agrícolas de tipo colonial, el de la vida cuartelaria con sus desfiles e inspecciones.

Y en efecto, así funcionan, de acuerdo con ese esquematismo, los hospitales de la época. El panóptico como sistema general, como sistema de inspección permanente, de mirada ininterrumpida, encontraba su realización, como es evidente, en la organización espacial de los individuos puestos unos al lado de otros bajo la mirada constante de quien estaba encargado de vigilarlos. De tal modo, el director de un asilo de Lille[27] explica: cuando asumió la responsabilidad del establecimiento un poco antes de la campaña del *no restraint,* le sorprendió, al entrar, escuchar gritos espantosos que se elevaban por doquier; pero se tranquilizó –y también se inquietó, es preciso decirlo– al darse cuenta de que los enfermos, en realidad, estaban muy calmos, pues tenía a todos a la vista, sujetos al muro, cada uno sentado en un sillón que a su vez estaba fijado a la pared. Un sistema, como pueden ver, que reproduce el mecanismo del panóptico.

Hay, por lo tanto, un tipo de coerción que es completamente extrafamiliar. En el asilo nada hace pensar en la organización del sistema familiar; se trata, por el contrario, del taller, la escuela, el cuartel. Y, por otra parte, [en] el trabajo del taller, el trabajo agrícola, el trabajo escolar, lo que vemos surgir de manera explícita es, en efecto, el disciplinamiento militar.

Por ejemplo, Leuret, en su libro de 1840 sobre el tratamiento moral, dice que

> siempre que el tiempo lo permite, los enfermos que están en condiciones de caminar y no pueden o no quieren trabajar, son reunidos en los patios del hospicio y se los ejercita en la marcha, como a los soldados en la instrucción. La imitación es una palanca tan poderosa, aun en los hombres más perezosos y obstinados, que he visto entre estos últimos a varios que, aunque se nega-

[27] Se trata del doctor Gosseret, cuando informa haber descubierto "enfermos de uno y otro sexo, encadenados al muro con grilletes de hierro" (citado por Bénédict A. Morel, *Le Non-restraint..., op. cit.*, p. 14). Guillaume Ferrus dice también que "en algunas localidades se sujeta a esos desventurados a la muralla, para lo cual se utiliza una cincha" (citado por René Semelaigne, *Les Pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, París, Baillière, 1930, t. I, pp. 153-154).

ran en principio a todo, aceptaron, sin embargo, caminar. Es un comienzo de acción metódica, regular, razonable, y esta acción conduce a otras.[28]

Y señala, con referencia a un enfermo:

Si logro hacerle aceptar un grado, ponerlo en situación de mando y ver que se desempeña bien, desde ese momento consideraré como casi segura su curación. Para dirigir las marchas y maniobras no utilizo jamás a ningún vigilante, sino a enfermos.

Con la ayuda de esta organización un poco militar [y entonces se pasa del ejercicio ortopédico a la constitución misma del saber médico; M. F.], la visita de los enfermos, se haga en las salas o los patios, resulta fácil y puedo, cada día, echar al menos un vistazo a los alienados incurables, mientras reservo la mayor parte de mi tiempo para los alienados sometidos a un tratamiento activo.[29]

Por lo tanto, revista, inspección, alineación en el patio, mirada del médico: estamos efectivamente en el mundo militar. De este modo funcionaba el asilo hacia la década de 1850, cuando, a mi juicio, asistimos a algo que indica cierto desplazamiento.*

Hacia las décadas de 1850 y 1860 empezamos a ver formularse la idea, ante todo, de que el loco es como un niño; en segundo lugar, que es preciso ponerlo en un medio análogo a la familia, aunque no se trate de ella, y tercero y último, que esos elementos cuasi familiares tienen en sí mismos un valor terapéutico.

Esta formulación, que el loco es un niño, la encontramos por ejemplo en un texto de Fournet al cual volveré, porque es importante: "[Le] traitement moral de l'aliénation", que apareció en 1854 en los *Annales médico-psychologiques*. El loco debe ser tratado como un niño, y la familia, "la verdadera fa-

[28] François Leuret, *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, p. 178.

[29] *Ibid.*, p. 179.

* El manuscrito prosigue este análisis y aclara: "En suma, un dispositivo disciplinario al que se atribuye una eficacia terapéutica por derecho propio. En esas condiciones, es comprensible que el correlato de esa terapéutica, el objeto de su acción, sea la voluntad. La definición de la locura ya no como obcecación, sino como afección de la voluntad, y la inserción del loco en un campo terapéutico disciplinario son dos fenómenos correlativos que se apoyaron y reforzaron uno a otro".

milia en la cual reina el espíritu de paz, inteligencia y amor", es la que, "desde los primeros tiempos y los primeros extravíos humanos", debe asegurar "el tratamiento moral, el tratamiento modelo de todos los extravíos del corazón y el espíritu".[30]

Este texto de 1854 es mucho más curioso porque lo vemos tomar un rumbo que en la época es, creo, bastante novedoso. Fournet, en efecto, dice lo siguiente: tenemos ejemplos, mucho más allá del hospital psiquiátrico, de que la familia tiene valor terapéutico y es el modelo concreto sobre el cual y a partir del cual se puede construir una ortopedia psicológica y moral.

> Los *misioneros de civilización* [y con ello entiende, me parece, tanto los misioneros en sentido estricto como los soldados que estaban colonizando Argelia; M. F.] que toman de la familia su espíritu de paz, benevolencia y devoción y hasta el nombre de padre, y procuran curar los prejuicios, las falsas tradiciones y, por último, los errores de los pueblos salvajes, son como un Pinel y un Daquin en comparación con los ejércitos conquistadores que pretenden conducir a la civilización por la fuerza bruta de las armas y representan, para los pueblos, lo que las cadenas y las prisiones para los desdichados alienados.[31]

Para ser claros, esto significa que hubo dos épocas de la psiquiatría: una en la cual se utilizaban cadenas y otra, por el contrario, en la que se apeló, digamos,

[30] Jules Fournet, "Le traitement moral...", *op. cit.* (*supra*, nota 7 de esta misma clase), p. 524. Cf. también J. Parigot, *Thérapeutique naturelle de la folie. L'air libre et la vie de famille dans la commune de Ghéel*, Bruselas, J. B. Tircher, 1852, p. 13: "Creemos que el hombre enfermo necesita la simpatía que la vida de familia es la primera en poner de manifiesto".

[31] Jules Fournet, "Le traitement moral...", *op. cit.*, pp. 526-527. Joseph Daquin (1732-1815), nacido en Chambéry, es designado en 1788 en el asilo de incurables de esa misma ciudad; allí conoce las condiciones a las que están sometidos los alienados; cf. Joseph Daquin, *La Philosophie de la folie, ou Essai philosophique sur le traitement des personnes attaquées de folie*, Chambéry, Gorin, 1791. En 1804 aparece una edición revisada y aumentada, dedicada a Philippe Pinel: *La Philosophie de la folie, où l'on prouve que cette maladie doit plutôt être traitée par les secours moraux que les secours physiques*, Chambéry, Cléaz, año XII [trad. esp.: *La filosofía de la locura*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000]. Cf. también Johann Rudolf Nyffeler, *Joseph Daquin und seine "Philosophie de la folie"*, Zúrich, Juris, 1961.

a los sentimientos de humanidad. Pues bien, de la misma manera, en la colonización hubo dos métodos y quizá dos épocas: una es el momento de la conquista armada pura y simple; otra, el período del asentamiento y la colonización profunda. Y esa colonización profunda se llevó a cabo mediante la organización del modelo familiar. La obra colonizadora comienza con la introducción de la familia en las tradiciones y los errores de los pueblos salvajes. Y Fournet continúa diciendo: además, encontramos exactamente lo mismo en el caso de los delincuentes. Se refiere entonces a Mettray, fundada en 1840, donde se utilizaba, dentro de un esquema que en el fondo era puramente militar, la denominación de padre, hermano mayor, etc., y había una organización pseudofamiliar. Fournet alude a ello con el objeto de señalar: como ven, también aquí el modelo familiar se utiliza para intentar "reconstituir [...] los elementos y el régimen de la familia entre esos desventurados, huérfanos de hecho o a causa de los vicios de sus padres". Y concluye: "No se trata, señores, de que hoy pretenda asimilar la alienación mental a la alienación moral de los pueblos o los individuos justiciables por la historia o la ley".[32] Eso es otro trabajo que promete para el futuro pero que nunca emprenderá.

Como verán, sin embargo, si bien él no lo hizo, muchos otros lo encararon a continuación. Constataremos la asimilación entre los delincuentes como residuos de la sociedad, los pueblos colonizados como residuos de la historia, los locos como residuos de la humanidad en general –todos los individuos: delincuentes, pueblos por colonizar o locos–, a los que sólo se puede reconvertir, civilizar y someter a un tratamiento ortopédico con la condición de proponerles un modelo familiar.

Aquí tenemos, creo, un punto de inflexión importante. Importante porque, con todo, la fecha es temprana: estamos en 1854, es decir, antes del darwinismo, antes de *El origen de las especies*.[33] Es cierto, ya se conocía el

[32] Jules Fournet, "Le traitement moral...", *op. cit.*, p. 527. Sobre Mettray, cf. *supra*, nota 35 de la clase del 28 de noviembre de 1973.

[33] Charles Robert Darwin (1809-1882), *On the Origins of the Species by Means of Natural Selection, Or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life*, Londres, J. Murray, 1859; versión francesa: *De l'origine des espèces au moyen de la sélection naturelle, ou La Lutte pour l'existence dans la nature*, traducción de E. Barbier (de la 6ª ed. en inglés), París, Reinwald, 1876 [trad. esp.: *El origen de las especies*, Madrid, Espasa Calpe, 1998].

principio de la ontogénesis y la filogénesis, al menos en su forma general, pero podemos ver su curiosa utilización aquí. Y lo interesante, más aún que la asimilación entre loco, primitivo y delincuente, es sobre todo el hecho de que la familia aparezca como el remedio común a la condición de salvaje, delincuente o loco. En líneas generales, entonces –no pretendo en absoluto que ese texto sea el primero, pero sí me parece uno de los más significativos; no encontré ninguno anterior que fuera tan claro–, digamos que alrededor de la década de 1850 se produce el fenómeno del que querría hablarles.

Pues bien, ¿por qué en esta época? ¿Qué pasó en ella? ¿Cuál es el soporte de todo eso? Lo busqué durante mucho tiempo, y me pareció que, tal vez, podía encontrar una pista si me planteaba simplemente la pregunta nietzscheana, "¿quién habla?" En efecto, ¿quién formula esta idea? ¿Dónde la encontramos?

La encontramos en gente como Fournet,[34] en Casimir Pinel –un descendiente de Pinel–,[35] Brierre de Boismont,[36] y también empezamos a encontrarla en Blanche,[37] es decir, toda una serie de individuos cuyo rasgo co-

[34] Jules Fournet (1811-1885), jefe de clínica en el Hôtel-Dieu, autor de *Doctrine organo-psychique de la folie*, París, Masson, 1867, y *De l'hérédité physique ou morale* (discurso pronunciado en el Congreso Médico Psicológico de 1878), París, Imprimerie Nationale, 1880.

[35] Jean Pierre Casimir Pinel (1800-1866), sobrino de Philippe Pinel, abre en 1829, en el 76 de la *rue* de Chaillot, una casa de salud consagrada al tratamiento de las enfermedades mentales; en 1844 la traslada a Neuilly, a la antigua mansión de recreo de Saint-James; cf. *Du traitement de l'aliénation mentale en général, et principalement par les bains tièdes prolongés et les arrosements continus d'eau froide sur la tête*, París, J.-B. Baillière, 1853.

[36] Luego de haber ocupado en 1825 un puesto de médico en la casa de salud Sainte-Colombe, en la *rue* de Picpus, Alexandre Brierre de Boismont (1798-1881) asume en 1838 la dirección de un establecimiento en el 21 de la *rue* Neuve Sainte-Geneviève, que se traslada en 1859 a Saint-Mandé, donde aquél muere el 25 de diciembre de 1881; cf.: "Maison de Santé du docteur Brierre de Boismont, rue Neuve Sainte-Geneviève, n° 21, près du Panthéon, Prospectus"; *Observations médico-légales sur la monomanie homicide*, París, Mme. Auger Méquignon, 1826 (tomado de la *Revue Médicale*, octubre-noviembre de 1826); *Des hallucinations, ou Histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes*, París, J.-B. Baillière, 1845.

[37] Esprit Sylvestre Blanche (1796-1852) asume en 1821 la dirección de una casa de salud fundada en 1806 por P. A. Prost en Montmartre, para alquilar luego, en 1846, el antiguo hotel de la princesa de Lamballe en Passy. Se hace notar por sus críticas contra la aplicación del tratamiento moral propiciado por François Leuret (cf. *infra*, clase del 19 de diciembre de 1973,

mún consistía simplemente en manejar a veces un servicio público, pero sobre todo casas de salud privadas, paralelas a los hospitales y las instituciones públicas pero muy diferentes de ellos. Por otra parte, todos sus ejemplos de familiarización en un medio terapéutico están tomados de las casas de salud. Ustedes me dirán: ¡chocolate por la noticia! Todo el mundo sabe que, desde el siglo XIX, existían por un lado los hospitales cuarteles para los explotados, y por otro las casas de salud confortables para los ricos. En realidad, lo que quiero poner de relieve al respecto es un fenómeno que supera un poco esta oposición o, si lo prefieren, que está inmerso en ella pero es mucho más preciso.

Me pregunto si en el siglo XIX no ocurrió un fenómeno bastante importante, uno de cuyos innumerables efectos sería éste. Ese fenómeno importante, cuyo efecto aparece ahí, sería la integración, la organización, la explotación de lo que llamaré lucro con anomalías, ilegalidades o irregularidades. Diré lo siguiente: los sistemas disciplinarios tuvieron una primera función, una función masiva, una función global, que vemos surgir con claridad en el siglo XVIII: ajustar la multiplicidad de individuos a los aparatos de producción o los aparatos de Estado que los controlan, e incluso adaptar el principio de acumulación de hombres a la acumulación de capital. En sus márgenes, y por su carácter normalizador, esos sistemas disciplinarios daban necesariamente origen, por exclusión y a título residual, a otras tantas anomalías, ilegalidades e irregularidades. Cuanto más riguroso es el sistema disciplinario, más numerosas son las anomalías e irregularidades. Ahora bien, de esas irregularidades, ilegalidades y anomalías que el sistema disciplinario debía reabsorber, pero, a la vez, no dejaba de provocar con su mismo funcionamiento, de esos campos *de anomalías e irregularidades, el sistema económico y político de la burgue*sía del siglo XIX [extrajo]* una fuente de lucro, por una parte, y de fortalecimiento del poder, por otra.

Voy a considerar un ejemplo que está muy próximo al de los hospitales psiquiátricos que mencionaré a continuación: el de la prostitución. No hubo

---

nota 8). Cf.: Jacques Le Breton, *La Maison de santé du docteur Blanche, ses médecins, ses malades*, París, Vigné, 1937; René Vallery-Radot, "La maison de santé du docteur Blanche", en *La Presse Médicale*, 10, 13 de marzo de 1943, pp. 131-132.

* Grabación: encontró.

que esperar al siglo XIX, por supuesto, para que existiera ese famoso triángulo constituido por las prostitutas, los clientes y los rufianes, así como casas de citas, redes establecidas, etc.; no fue necesario esperar al siglo XIX para utilizar a las prostitutas y los rufianes como soplones y para que gruesas sumas de dinero circularan por obra del placer sexual en general. Pero en el siglo XIX se asiste, creo, y en todos los países de Europa, a la organización de una red –una apretada red– que se apoya en todo un conjunto inmobiliario, en primer lugar, de hoteles, casas de mancebía, etc., un sistema que utiliza como relevos y agentes a los rufianes, que son al mismo tiempo soplones y se reclutan en un grupo sobre cuya constitución traté de decir algunas cosas el año pasado, y que son los delincuentes.[38]

Si hubo tanta necesidad de los delincuentes y, en definitiva, se hicieron tantos esfuerzos para constituirlos como un "medio del hampa", fue precisamente porque eran el ejército de reserva de esos agentes tan importantes de los cuales los rufianes soplones no son más que un ejemplo. Esos rufianes, regimentados por la policía y acoplados con ella, constituían los relevos esenciales del sistema de la prostitución. Ahora bien, ¿qué finalidad tenía ese sistema, con sus apoyos y relevos, en su rigurosa organización? Su función era transferir al propio capital, a la ganancia capitalista en sus circuitos normales, todas las ganancias que podían obtenerse del placer sexual, con la triple condición, por supuesto, de que, en primer lugar, ese placer sexual quedara marginado, desvalorizado e interdicto y fuera caro por el mero hecho de ser un placer prohibido. En segundo lugar, si se pretendía hacer ganancias con él, era menester que ese placer fuera no sólo prohibido sino tolerado en los hechos. Y, por último, debía ser vigilado por un poder específico, justamente representado por la combinación de policía y delincuentes, en la figura del rufián soplón. Ahora bien, así insertada en los circuitos normales del capitalismo, la ganancia del placer sexual induciría como efecto secundario el reforzamiento de todos los mecanismos de vigilancia y, por consiguiente, la constitución de lo que podríamos denominar un infrapoder, que terminó

[38] El curso citado, "La société punitive", dedicó la clase del 21 de febrero de 1973 a esa organización del mundo de la delincuencia. Véase también Michel Foucault, *Surveiller et punir...*, *op. cit.*, pp. 254-260 y 261-299.

por recaer sobre el comportamiento más cotidiano, individual y corporal de los hombres: el sistema disciplinario de la prostitución. Pues de eso se trata: junto al ejército, la escuela y el hospital psiquiátrico, la prostitución, tal como se organiza en el siglo XIX, es un sistema disciplinario más cuyas incidencias económico-políticas advertimos de inmediato.

Primero, hacer rentable el placer sexual, es decir convertirlo en una fuente de ganancias a partir de su prohibición y su tolerancia. Segundo, transferir las ganancias debidas al placer sexual a los circuitos generales del capitalismo. Tercero, apoyarse en esa transferencia para anclar aún más los efectos últimos, los relevos sinápticos del poder estatal, que termina por incidir sobre el placer cotidiano de los hombres.

Pero la prostitución sólo es, desde luego, un ejemplo de esa suerte de mecánica general que podemos encontrar en los sistemas disciplinarios introducidos en el siglo XVIII para cumplir una determinada función global, y afinados en el siglo XIX en virtud de esa disciplina que estaba regida, en esencia, por la formación de un nuevo aparato de producción. A esas disciplinas se suman otras más refinadas; o, si lo prefieren, las antiguas disciplinas se afinan y van a encontrar nuevas posibilidades de constitución de ganancias y reforzamiento del poder.

* * *

Volvamos ahora a las casas de salud de Brierre de Boismont, Blanche, etc. ¿De qué se trata, en el fondo? Se trata de sacar ganancias –las mayores ganancias posibles– de esa marginación en que consiste la disciplina psiquiátrica. Ahora bien, aunque resulte notorio que la disciplina psiquiátrica, en su forma global, tiene el objetivo esencial de apartar del circuito a una serie de individuos inutilizables en el aparato de producción, en otro nivel y una escala más restringida y con una localización social totalmente distinta, se puede hacer de ella una nueva fuente de lucro.*

En efecto, a partir del momento en que, en nombre del saber mismo que interna, unos cuantos individuos pertenecientes a las clases acomodadas

* En el manuscrito, Michel Foucault agrega: "El lucro con la irregularidad sirvió de vector a la importación del modelo familiar en la práctica psiquiátrica".

también sean marginados, será posible extraer de ellos una serie de ganancias. Se podrá pedir a las familias que cuentan con medios que "paguen para curarlos". Por consiguiente, va a haber, como podrán advertir, un primer movimiento del proceso consistente en esto: pedir un beneficio a la familia del individuo declarado enfermo, con una cierta cantidad de condiciones.

Es necesario, desde luego, que el enfermo no pueda curarse en su casa. Por lo tanto, para él, como fuente de ganancia, seguirá haciéndose valer el principio del aislamiento: "No te curaremos en tu familia. Pero si se le pide que pague para internarte en otro lugar, es preciso, claro está, que se le garantice la devolución de algo a su imagen". Es decir que debe devolverse a la familia cierto beneficio proporcional a la ganancia extraída de ella; se le pide una ganancia a favor del cuerpo médico al hacer internar a un individuo, pagar una pensión, etc., pero además es necesario que la familia obtenga a cambio un beneficio. Ese beneficio será la prolongación del sistema de poder interno a la familia. Los psiquiatras le dicen: "Te devolveremos a una persona que estará efectivamente conforme, adaptada, ajustada a tu sistema de poder". Por consiguiente, se fabricarán individuos refamiliarizados, en cuanto ha sido la familia la que, al designar al loco, brindó la posibilidad de una ganancia a quienes la obtienen a partir de la marginación. De allí la necesidad de establecer casas de salud que estén directamente ajustadas al modelo familiar.

De tal manera, en la clínica de Brierre de Boismont ubicada en el barrio de Saint-Antoine hay una organización –que por otra parte no es novedosa: Blanche mostró un primer ejemplo en la época de la Restauración–[39] íntegramente configurada según el modelo de la familia, vale decir, con un padre y una madre. El padre es el propio Brierre de Boismont; la madre, su mujer. Se vive dentro de la misma casa; todos son hermanos; las comidas se hacen en común y cada uno debe experimentar por los demás los sentimientos propios de una familia. La reactivación del sentimiento familiar y la vigencia de todas las funciones familiares dentro de esa clínica van a ser en ese momento el operador mismo de la curación.

Hay al respecto unos cuantos testimonios muy claros en Brierre de Boismont, cuando cita la correspondencia que sus pacientes, una vez curados,

[39] En su casa de salud del barrio de Saint-Antoine, cedida en 1847 por el doctor Pressat.

intercambiaron con él o su mujer. Así, menciona la carta de un ex paciente que el 20 de mayo de 1847 escribe lo siguiente a Madame Brierre de Boismont:

> Lejos de usted, señora, examinaré con frecuencia el recuerdo tan profundamente grabado en mi corazón, para gozar una vez más de esa calma plena de afecto que usted transmitía a quienes tuvieron la fortuna de ser recibidos en vuestra intimidad. Me trasladaré muy a menudo, en la imaginación, al ámbito de vuestra familia tan unida en su totalidad, tan afectuosa en cada uno de sus miembros, y cuya hija mayor es tan graciosa como inteligente. Si vuelvo, como espero hacerlo, luego de ver a los míos mi primera visita será a usted, pues es una deuda del corazón.[40]

Creo que esta carta es interesante; como ven, el criterio, la forma misma de la curación, es la activación de sentimientos de tipo canónicamente familiar: el reconocimiento hacia el padre y la madre; también se ve actuar, o al menos aflorar, el tema de un amor a la vez lícito y casi incestuoso, porque el enfermo es supuestamente el hijo de Brierre de Boismont y por lo tanto hermano de la hija mayor por la cual experimenta ciertos sentimientos. Además, como efecto de esa activación de los sentimientos familiares, ¿qué va a hacer el ex paciente cuando vuelva a París? Ante todo irá a ver a su familia, la verdadera –es decir que es ésta la que recibirá el beneficio de la operación médica–, e inmediatamente después visitará a la familia de Brierre de Boismont, esa cuasi familia que, por ende, cumple un papel de superfamilia y subfamilia. Es una superfamilia en su condición de familia ideal, que funciona en estado puro, la familia tal como siempre debería ser; y en tanto es la verdadera familia, tiene sin duda la función ortopédica que se le atribuye. En segundo lugar, es una subfamilia porque su papel consiste en borrarse frente a la verdadera y, en virtud de su mecanismo interno, activar los sentimientos familiares sólo para que los disfrute esta última; en ese momento, ya no es más que una especie de soporte esquemático que, en sordina, anima constantemente el funcionamiento de la verdadera familia. Superfamilia y

[40] Alexandre Brierre de Boismont, *De l'utilité de la vie de famille..., op. cit.* (edición de Martinet), pp. 8-9.

subfamilia son los productos obtenidos en esas casas de salud cuya localización social y económica es, como ven, muy diferente de la que verificábamos en el asilo.

Pero si la casa de salud burguesa, no gratuita, se familiariza de tal modo –funcionamiento según el modelo familiar–, es preciso, en cambio, que la familia cumpla su papel fuera de ese establecimiento. No todo radica en decirle: si me pagan, les devolveré a su loco en condiciones de funcionar dentro de la familia; también hace falta que ésta juegue su juego, es decir, designe efectivamente a quienes están locos y, en cierto modo, desempeñe un papel disciplinario para sí misma; que diga: entre nosotros, éste es el loco, el anormal, el que compete a la medicina. Por un lado tenemos, entonces, familiarización del medio terapéutico en las casas de salud, y por otro, disciplinarización de la familia, que a partir de ese momento se convertirá en la instancia de anomalización de los individuos.

En tanto la familia soberana no planteaba la cuestión del individuo anormal, pero sí la del orden jerárquico de los nacimientos, el orden de las herencias, las relaciones de lealtad, obediencia, preeminencia que había entre unos y otros –en tanto se ocupaba del nombre y de todas sus subfunciones–, la familia así disciplinarizada comenzará a sustituir esa función soberana del nombre por la función psicológica de designación del individuo anormal, lo que recién llamamos anomalización de los individuos.

Por otra parte, lo que digo de las casas de salud valdría también para la escuela e incluso, hasta cierto punto, para la salud en general, el servicio militar, etc. Con ello quiero mostrarles que en el siglo XIX, por más que la familia siga obedeciendo a un modelo de soberanía, podemos preguntarnos si, acaso desde mediados de siglo, no se produce en ella una suerte de disciplinarización interna, es decir, cierta transferencia, en el seno mismo del juego de soberanía familiar, de las formas, los esquemas disciplinarios, las técnicas de poder que daban las disciplinas.

Así como el modelo familiar se transfiere al interior de los sistemas disciplinarios, hay técnicas disciplinarias que se insertan en la familia. Y desde ese momento ésta empieza a funcionar como una pequeña escuela, a la vez que conserva la heterogeneidad propia del poder soberano: aparece entonces la curiosa categoría de los padres de alumnos, comienzan a aparecer los deberes en el hogar, el control de la disciplina escolar por la familia, convertida en

una microcasa de salud que controla la normalidad o la anomalía del cuerpo y el alma; se convierte asimismo en un cuartel en pequeño y, quizás, en el lugar donde circula la sexualidad. Volveremos a ello.

Creo posible decir que, a partir de los sistemas disciplinarios, la soberanía familiar deberá hacerse cargo de la siguiente obligación: "Es preciso que encuentren locos, débiles mentales, cabezas duras, viciosos, y que los encuentren ustedes mismos, mediante el ejercicio, dentro de la soberanía familiar, de controles de tipo disciplinario. Y una vez que, en virtud de esa soberanía ahora disciplinarizada, hayan encontrado en su propia casa sus locos, sus anormales, sus débiles mentales, sus cabezas duras, etc., nosotros –dicen las disciplinas– los haremos pasar por el filtro de los dispositivos normalizadores y los devolveremos a ustedes, las familias, para vuestro mayor beneficio emocional. Los devolveremos conformes a vuestras necesidades, sin perjuicio, desde luego, de descontar nuestra ganancia".

De ese modo, el poder disciplinario parasita la soberanía familiar, exige a la familia cumplir el papel de instancia de decisión de lo normal y lo anormal, lo regular y lo irregular, le pide que le envíe esos anormales, esos irregulares, etc.; extrae de ello una ganancia que se incorpora al sistema general de ganancias y que puede recibir, si lo prefieren, el nombre de beneficio económico de la irregularidad. La familia, por otra parte, paga ese precio para recuperar supuestamente al cabo de la operación a un individuo que va a estar disciplinado de tal modo que será posible someterlo de manera concreta al esquema de soberanía propio de su funcionamiento. Formar buenos hijos, buenos esposos, etc., es sin duda lo que se proponen todos esos establecimientos disciplinarios que son las escuelas, los hospitales, las casas de educación vigilada, etc.; y esto significa que son máquinas gracias a las cuales se cree que los dispositivos disciplinarios van a constituir personajes susceptibles de incluirse dentro de la morfología característica del poder de soberanía de la familia.

Clase del 12 de diciembre de 1973

La constitución del niño como blanco de la intervención psiquiátrica – Una utopía asilar familiar: el asilo de Clermont-en-Oise – Del psiquiatra como "amo ambiguo" de la realidad y la verdad en las prácticas protopsiquiátricas al psiquiatra como "agente de intensificación" de lo real – Poder psiquiátrico y discurso de verdad – El problema de la simulación y la insurrección de las histéricas – La cuestión del nacimiento del psicoanálisis.

VOY A PROLONGAR un poco el tema de la vez pasada porque durante la semana encontré una maravillosa institución cuya existencia conocía vagamente, pero no sabía que me resultaría tan oportuna; querría hablarles un poco de ella, entonces, pues en mi opinión manifiesta con mucha claridad la articulación de la disciplina asilar y, digamos, el modelo familiar.

He tratado de mostrarles –contra una hipótesis bastante facilista y que yo mismo sostuve en algún momento, a saber, que el asilo se había constituido como una prolongación del modelo familiar– que el asilo del siglo XIX funcionó según un modelo de micropoder cercano a lo que podemos llamar poder disciplinario, que en sí y en su funcionamiento es completamente heterogéneo a la familia. Y por otra parte, la inserción, la conjunción del modelo familiar con el sistema disciplinario es relativamente tardía en el siglo XIX –creo que podemos situarla entre las décadas de 1860 y 1880–, y a partir de allí la familia no sólo pudo llegar a ser un modelo en el funcionamiento de la disciplina psiquiátrica, sino sobre todo convertirse en horizonte y objeto de la práctica de la psiquiatría.

Llegó un momento, un momento tardío, en que la práctica psiquiátrica se refirió, en efecto, a la familia. He intentado demostrarles que ese fenó-

meno se produjo en el punto de cruzamiento de dos procesos que se apoyaron uno en otro: la constitución de lo que podríamos llamar el lucro con anomalías e irregularidades, por un lado, y la disciplinarización interna de la familia, por otro. Contamos con una serie de testimonios sobre esos dos procesos.

Por una parte, desde luego, la extensión creciente a lo largo del siglo XIX de esas instituciones con fines de lucro cuya meta esencial es imponer un costo tanto a la anomalía como a su rectificación; digamos, en líneas generales, las casas de salud para niños, adultos, etc. Por otra, la introducción de técnicas psiquiátricas en el seno mismo de la familia, su puesta en acción en el interior mismo de la pedagogía familiar. Me parece que, gradualmente, [...]* al menos en las familias que podían dar lugar a un lucro con la anomalía, es decir las familias burguesas, [si seguimos] la evolución de su pedagogía interna, veremos que el ojo familiar o, si lo prefieren, la soberanía familiar, adoptó poco a poco el aspecto de la forma disciplinaria. El ojo familiar se convirtió en mirada psiquiátrica o, en todo caso, mirada psicopatológica, mirada psicológica. La vigilancia del niño pasó a ser una vigilancia con forma de decisión sobre lo normal y lo anormal; se comenzó a vigilar su comportamiento, su carácter, su sexualidad; y en ese punto vemos surgir, justamente, toda esa psicologización del niño en el seno mismo de la familia.

Me parece que, al mismo tiempo, las nociones e incluso los aparatos del control psiquiátrico ingresaron poco a poco en la familia. Y esos famosos instrumentos de coerción física que encontrábamos en los asilos a partir de 1820 o 1830: atar las manos, sostener la cabeza, mantenerse derecho, etc., establecidos ante todo dentro de la disciplina asilar como instrumentos de ésta, comienzan a desplazarse gradualmente y a ocupar un lugar en el interior de la familia. El control de la talla, de los gestos, de la manera de comportarse, el control de la sexualidad, los instrumentos que impiden la masturbación, etc., todo esto penetra en la familia a través de un proceso de disciplinarización que se desarrolla durante el siglo XIX y cuyo efecto será, finalmente, la transformación de la sexualidad del niño en objeto de saber, dentro de la familia y debido a esa disciplinarización. De golpe, el niño se

* Grabación: si se considera cómo ocurrieron las cosas.

convertirá en el blanco central de la intervención psiquiátrica; blanco central en dos sentidos.

Por una parte, en un sentido directo, pues la institución con fines de lucro que se conecta con la psiquiatría va a demandar concretamente a la familia que le proporcione el material que necesita para obtener su ganancia. A grandes rasgos, la psiquiatría dice: dejen venir a mí a los pequeños locos; o bien: *nunca se es demasiado joven para estar loco;* y también: *no espere a ser* mayor o adulto para estar loco. Y todo esto tiene su traducción en esas instituciones a la vez de vigilancia, detección, encuadramiento, terapéutica infantil, *cuyo desarrollo presenciamos a fines del siglo* XIX.

En segundo lugar, el niño se convertirá en el centro, el blanco de la intervención psiquiátrica de manera indirecta, habida cuenta de que al adulto, en *cuanto loco, se lo interroga precisamente sobre su infancia: dejad acudir a* vuestra memoria los recuerdos infantiles y seréis psiquiatrizados. Esto es, en líneas generales, lo que traté de plantear la vez pasada.

Todo esto me lleva a una institución que manifiesta muy bien, hacia la década de 1860, la conjunción asilo-familia; no puedo decir que sea la primera conjunción, pero sí es, sin duda, su forma más perfecta, mejor ajustada, *casi utópica. Prácticamente no encontré otros ejemplos, al menos en* Francia, que, como este establecimiento, sean tan perfectos y constituyan en esa época –muy temprano, por lo tanto– una especie de utopía familia-asilo, que es *el punto de unión de la soberanía familiar y la disciplina asilar.* La institución a la que me refiero es el acoplamiento entre el asilo de Clermont-en-Oise y la casa de salud de Fitz-James.

A *fines del siglo* XVIII *hay en los alrededores de Beauvais* una pequeña casa de internación en el sentido clásico del término; su administración está a cargo de monjes franciscanos que, mediante el pago de una pensión, se ocupan de una veintena de personas recluidas allí por solicitud de sus familias o según lo ordenado por una *lettre de cachet.* La casa abre sus puertas en 1790; toda esa distinguida gente queda en libertad, pero, como es lógico, algunas familias se sienten molestas con esos individuos derrochadores, desordenados, locos, etc., de tal modo que se los envía a Clermont-en-Oise, donde alguien ha abierto una especie de pensión. En ese momento, así como los restaurantes parisinos se montan sobre los restos de las grandes casas aristocráticas deshechas a causa de la emigración, muchas de esas pensiones

nacen de las ruinas de las casas de reclusión que acaban de disolverse. Hay entonces una pensión en Clermont-en-Oise, donde durante la Revolución, el Imperio e incluso en los inicios de la Restauración están recluidas unas veinte personas. Y luego, cuando comienza la gran institucionalización de la práctica psiquiátrica, esa pensión cobra cada vez más importancia y como consecuencia, su fundador y la administración prefectorial del departamento de Oise suscriben un acuerdo por el cual los alienados indigentes del lugar serán alojados en la casa de Clermont, que recibirá una retribución de las autoridades departamentales. El convenio se amplía además a los departamentos de Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Somme y Aisne; en total, cinco departamentos envían, hacia 1850, más de un millar de personas a esa casa, que adopta entonces el carácter de un asilo pluridepartamental.[1]

Y en ese momento vemos al asilo desdoblarse o, mejor, lanzar una suerte de seudópodo, que recibe el nombre de "colonia".[2] Esta "colonia" está compuesta por una cierta cantidad de pensionistas del asilo, que tienen capacidades de [trabajo];* y con el pretexto de que pueden ser útiles y que el trabajo, de todos modos, es beneficioso para su curación, se los somete a un régimen muy estricto de labores agrícolas.

Segundo seudópodo que se conecta con la granja: para los pensionistas ricos que no proceden del asilo de Clermont, sino que han sido directamente enviados por sus familias y pagan un precio muy elevado, se establece una pensión que es de un tipo completamente distinto y obedece a otro modelo, el modelo familiar.[3]

[1] En 1861 el asilo recibe a 1.227 alienados, entre ellos 561 hombres y 666 mujeres, de los cuales 215 son pensionistas y 1.212, indigentes. Véase la obra de Gustave Labitte (director del asilo), *De la colonie de Fitz-James, succursale de l'asile privé de Clermont (Oise), considérée au point de vue de son organisation administrative et médicale*, París, J.-B. Baillière, 1861, p. 15. Sobre la historia del asilo de Clermont, cf. Eugène-Joseph Woillez, *Essai historique, descriptif et statistique sur la maison d'aliénés de Clermont (Oise)*, Clermont, Impr. V^ve Danicourt, 1839.

[2] La colonia de Fitz-James se funda en 1847.

* Grabación: poder trabajar.

[3] "Al crear la colonia de Fitz-James, quisimos ante todo que los enfermos se encontraran en un medio muy diferente del imperante en Clermont" (Gustave Labitte, *De la colonie de Fitz-James...*, *op. cit.*, p. 13).

De tal modo, va a haber una institución con tres niveles: el asilo de Clermont con su millar de enfermos, la granja constituida por cien o ciento cincuenta hombres y mujeres encargados de trabajar[4] y una pensión para residentes que pagan y, además, están separados: los hombres viven en el edificio de la dirección con el director del establecimiento, y las mujeres ricas viven en otro edificio que exhibe el nombre característico de "pequeño castillo", donde llevan una existencia cuya forma general es el modelo familiar.[5] Esta disposición se establece durante el decenio 1850-1860. En 1861, el director de la casa publica un balance que es al mismo tiempo una suerte de folleto y, por lo tanto, muy elogioso y levemente utópico, pero que muestra con exactitud el funcionamiento meticuloso y sutil del complejo.

En un establecimiento de estas características –el asilo de Clermont, la granja y el pequeño castillo de Fitz-James– encontramos una serie de niveles. Por una parte hay un circuito económico, fácil de identificar: subsidio departamental asignado por el consejo general para los enfermos pobres y en función de su cantidad; en segundo lugar, selección, entre esos enfermos pobres, del número necesario y suficiente de personas para atender el funcionamiento de una granja; con las utilidades de ésta se establece y mantiene un pequeño castillo en el cual residen unos cuantos pensionistas que pagan, y cuyo pago constituye el beneficio de los responsables del sistema general. Tenemos, por tanto, el siguiente sistema: subsidio colectivo-trabajo-explotación-ganancia.

En segundo lugar, podrán advertir que hay una suerte de microcosmos social perfecto, una especie de pequeña utopía del funcionamiento social general. El asilo es el ejército de reserva del proletariado de la granja: todos aquellos que, eventualmente, podrían trabajar y, si no pueden, esperan el momento de hacerlo; de ser incapaces, vegetan en el asilo. A continuación tenemos el lugar del trabajo productivo, representado por la granja, y por úl-

[4] En 1861 la granja tiene "ciento setenta enfermos", *ibid.*, p. 15.

[5] Según la descripción de Gustave Labitte: "1) La sección de la dirección, afectada a la vivienda del director y los pensionistas masculinos; 2) la sección de la granja, donde se encuentran los colonos; 3) la sección del pequeño castillo, habitada por las señoras pensionistas; 4) la sección del Bévrel, ocupada por las mujeres encargadas del lavado de la ropa blanca". *Ibid.*, p. 6.

timo la institución donde se encuentran quienes se benefician con el trabajo y la ganancia. A cada uno de esos niveles corresponde una arquitectura específica: la del asilo, la de la granja, que en realidad es un modelo situado prácticamente en el límite de la esclavitud y la colonización, y el pequeño castillo con el edificio de la dirección.

Existen asimismo dos tipos de poder, el primero de los cuales se desdobla. Tenemos el poder disciplinario tradicional del asilo, negativo, de algún modo, pues se trata de mantener tranquila a la gente, sin obtener de ella nada positivo. Tenemos un segundo tipo de poder, también disciplinario pero ligeramente modificado: en líneas generales, el poder de la colonización, consistente en hacer trabajar a la gente; así, los alienados se dividen en escuadras, brigadas, etc., bajo la responsabilidad y la vigilancia de un grupo de personas que los envían regularmente a sus labores. Y por último el poder del modelo familiar, realizado en provecho de los pensionistas del pequeño castillo.

Para terminar, hay tres tipos de intervención o manipulación psiquiátrica, correspondientes también a esos tres niveles. Uno es, por decirlo así, el grado cero de la intervención psiquiátrica: el encierro liso y llano dentro del asilo. Segundo, una práctica psiquiátrica que es la obligación de trabajar de los enfermos, con el pretexto de su curación: ergoterapia. Y tercero, la práctica psiquiátrica individual, individualizadora y de modelo familiar, destinada a los pensionistas.

Y en medio de todo esto, el elemento más importante y característico es, sin duda, la articulación del saber y el tratamiento psiquiátricos con la obligación de trabajar de los pensionistas que son capaces de hacerlo. En efecto, de manera muy curiosa, las categorías psiquiátricas perfeccionadas por la psiquiatría de la época, a partir de Esquirol –a cuyo respecto trataré de mostrarles que no influyen en absoluto sobre la propia terapia–, se utilizan de hecho aquí, muy claramente, como clasificación, pero no de la posibilidad de curación de la gente o de la forma de tratamiento que debe aplicársele; la clasificación nosológica no está ligada a ninguna prescripción terapéutica, sólo sirve, al contrario, para definir la utilización posible de los individuos en los trabajos que se les proponen.

Así, los directores del asilo de Clermont y de la granja de Fitz-James se dieron cuenta de que los maníacos, monomaníacos y dementes eran aptos

para las labores del campo y los talleres, el cuidado y la conducción de los animales y los instrumentos aratorios.[6] Por su parte, "los imbéciles y los idiotas están encargados de la limpieza de los patios y establos y de todos los transportes necesarios para el servicio".[7] En lo concerniente a las mujeres, su empleo de acuerdo con la sintomatología es mucho más sutil. Así, "quienes se encargan de la lavandería y la colada sufren casi siempre un delirio ruidoso y no pueden plegarse a la calma de la vida en el taller".[8] Cuando se trata de la lavandería y la colada, por lo tanto, se puede delirar en voz alta, hablar fuerte y gritar. En segundo lugar, "las mujeres ocupadas en tender la ropa blanca son melancólicas a las cuales ese tipo de trabajo puede devolver la actividad vital que con tanta frecuencia les falta. Las imbéciles y las idiotas están a cargo del transporte de la ropa blanca de la lavandería al tendedero. Los talleres de clasificación y doblado de la ropa blanca son la atribución de enfermas tranquilas, monomaníacas, cuyas ideas fijas o alucinaciones les permiten una atención bastante sostenida".[9]

Les he mencionado este establecimiento porque me parece que, en esa década de 1860, representa a la vez la forma primera y el punto de consumación más perfecto del ajuste familia-disciplina, al mismo tiempo que el despliegue del saber psiquiátrico como disciplina.

* * *

Este ejemplo nos lleva, además, al problema que querría abordar ahora, a saber: ese espacio disciplinario, todavía no familiarizado, que vemos constituirse en las décadas de 1820 y 1830 y que será el gran basamento de la institución asilar, ese sistema disciplinario, ¿cómo y en qué medida se le atribuye un efecto terapéutico? Puesto que, después de todo, no debemos olvidar que, aun cuando ese sistema disciplinario es en muchos aspectos isomorfo con

[6] "En la granja [...], los trabajos en el campo y los talleres, el cuidado y la conducción del ganado y los instrumentos aratorios se cuentan entre las atribuciones de los maníacos, monomaníacos y dementes" (*Ibid.*, p. 15).

[7] *Ibid.*

[8] *Ibid.*, p. 14.

[9] *Ibid.*

otros sistemas disciplinarios como la escuela, el cuartel, el taller, etc., se presenta y se justifica por su función terapéutica. ¿En qué consiste la presunta curación aportada por este espacio disciplinario? ¿Cuál es la práctica médica que lo habita? Tal es el problema que querría empezar a plantear hoy.

Me gustaría partir, para ello, de un tipo de ejemplo del cual ya hablé, lo que podemos llamar la curación clásica, y entiendo por clásica la que aún tenía vigencia en los siglos XVII y XVIII e incluso a comienzos del siglo XIX. Ya les he mencionado una serie de ejemplos. Es el caso de ese enfermo de Pinel que se creía perseguido por los revolucionarios, en riesgo de ser citado a comparecer ante la justicia y, por consiguiente, bajo la amenaza de sufrir la pena de muerte. Pinel lo curó organizando a su alrededor un pseudoproceso con falsos jueces, en el cual fue absuelto, y gracias a eso se curó.[10]

De la misma manera, alguien como Mason Cox, a principios del siglo XIX, da el siguiente ejemplo de curación. Se trata de un hombre de cuarenta años, cuya salud se había visto "alterada por una atención demasiado constante a los objetos de comercio".[11] Esta pasión por el comercio le había metido en la cabeza la idea de que estaba "afectado por toda clase de enfermedades".[12] Entre ellas, la principal, la que a su juicio representaba la mayor amenaza, era lo que en la época se denominaba "sarna reincidente", es decir, un ataque de sarna que, sin llegar a su término, se difundía por todo el organismo y se traducía en una serie de síntomas. La técnica clásica para curar esta famosa sarna consistía en hacerla manifestarse y tratarla como tal.

Durante un tiempo se intentó hacer entender al paciente que no tenía ninguna de las enfermedades en cuestión:

> Ningún razonamiento pudo convencerlo ni distraerlo. Se decidió entonces hacer una consulta solemne y colectiva de varios médicos, quienes, luego de examinarlo con detenimiento y coincidir en la necesidad de adaptarse a las ideas del enfermo, resolvieron por unanimidad que su conjetura era fundada y resultaba absolutamente preciso provocar la reaparición de la sarna. Por lo

[10] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique...*, *op. cit.*, sec. VI, § IV, "Essai tenté pour guérir une mélancolie profonde produite par une cause morale", pp. 233-237.

[11] Joseph Mason Cox, *Observations sur la démence*, *op. cit.*, observación II, p. 77.

[12] *Ibid.*, p. 78.

> tanto, se le recetaron aplicaciones rubefacientes, en virtud de las cuales le aparecieron sucesivamente en distintas partes del cuerpo una abundante cantidad de granos, para cuya curación sólo fue necesario apelar a lavados muy simples; en su administración, sin embargo, se simuló obrar con muchas precauciones para no dar lugar a una nueva reincidencia. Prolongado durante algunas semanas, ese tratamiento obtuvo muy buenos resultados. El enfermo se curó por completo y, con su razón y su salud, recuperó todas las facultades de su juicio.[13]

En cierto modo, se había satisfecho su delirio.

¿Qué suponen y ponen en juego estos procedimientos de Pinel y Mason Cox? Suponen –es algo sabido, no voy a insistir en ello– que el núcleo de la locura es una falsa creencia, una ilusión o un error. También suponen –esto ya es un poco diferente– que bastará reducir ese error para que la enfermedad desaparezca. El procedimiento de curación, por lo tanto, es la reducción del error, con la salvedad de que el error de un loco no es el error de cualquier otra persona.

La diferencia entre el error de un loco y el de un no loco no radica tanto en la extravagancia misma de la idea: después de todo, en efecto, no es muy extravagante creer que uno tiene sarna reincidente. Además, como dirá un poco más adelante Leuret en sus *Fragments psychologiques sur la folie*, entre Descartes que creía en los torbellinos y una enferma de la Salpêtrière que imaginaba celebrarse un concilio en su bajo vientre, la mayor extravagancia no está en esta última.[14] ¿Qué lleva al error de un loco a ser precisamente el error de un loco? No es, entonces, tanto la extravagancia, el efecto terminal

[13] *Ibid.*, pp. 78-79.

[14] François Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*, París, Crochard, 1834, cap. II, "Délire de l'intelligence": "La alquiladora de sillas de una de las parroquias de París, tratada por el señor Esquirol [...], decía tener en el vientre obispos que celebraban un concilio [...]. Descartes consideraba como un hecho establecido que la glándula pineal es un espejo en el cual se refleja la imagen de los cuerpos externos [...]. ¿Alguna de estas afirmaciones está mejor probada que las otras?" (p. 43). Leuret alude al análisis presentado por Descartes con respecto al papel de la glándula pineal en la formación de las "ideas de los objetos que afectan los sentidos" en su *Traité de l'homme* (París, Clerselier, 1664), en René Descartes, *Œuvres et lettres*, *op. cit.*, pp. 850-853 [trad. esp.: *Tratado del hombre*, Madrid, Alianza, 1990].

del error, como la manera de vencerlo, reducirlo. El loco es aquel cuyo error no puede reducirse mediante una demostración; es alguien para quien la demostración no produce la verdad. Por consiguiente, será preciso encontrar otro medio de reducir el error –pues la locura es, en efecto, el error– sin pasar por la demostración.

Por ende, en lugar de atacar el juicio erróneo y mostrar que no tiene un correlato en la realidad –tal como hace, en líneas generales, el proceso de la demostración–, se dará validez de verdad a ese juicio que es falso y, por el contrario, se transformará la realidad a fin de que se adapte al juicio insano, el juicio erróneo. Ahora bien, cuando un juicio que era erróneo tiene en la realidad un correlato que lo verifica, cuando el contenido de la mente coincide con el contenido de la realidad, ya no hay error y por lo tanto ya no hay locura.

Así pues, no se manipulará el juicio falso ni se intentará rectificarlo y disiparlo por medio de la demostración; al contrario, se disfrazará, se manipulará la realidad para ponerla, de algún modo, a la altura del delirio; y cuando el juicio falso del delirio muestre tener un contenido real en la realidad, se convertirá en un juicio verdadero y la locura dejará de ser locura, pues el error habrá dejado de ser un error. En consecuencia, se obliga a delirar a la realidad para que el delirio ya no sea delirio; se desengaña a éste para que deje de engañarse. Se trata, en suma, de incorporar la realidad al delirio bajo la máscara de figuras delirantes, con el objeto de que el delirio se llene de realidad; por debajo de sus proposiciones falsas, o por debajo de la principal de ellas, se desliza de manera subrepticia, en virtud de un juego de transformaciones y máscaras, algo que es una realidad, y así se verifica el delirio.*

Como ven, esta práctica de la curación es, en cierto sentido, absolutamente homogénea con toda la concepción clásica del juicio y el error; estamos en línea directa, digamos, con la concepción de Port-Royal de la proposición y el juicio.[15] Podrán advertir, sin embargo, que entre el profesor o

* El manuscrito especifica: "Pues se introduce subrepticiamente en el delirio como una realidad cómica, teatral, como pseudorrealidad, para otorgar así una segunda eficacia a la realidad: basta, en efecto, que el juicio falso se convierta en verdadero gracias al enmascaramiento de la realidad para que el delirio desaparezca".

[15] Concepción según la cual "juzgar es afirmar que una cosa que concebimos es tal o no es tal: como ocurre cuando, tras concebir qué es la Tierra y qué es la redondez, afirmo que la

demostrador, dueño de la verdad, y el psiquiatra, hay una diferencia. Mientras aquel que sólo es el amo de la verdad, el profesor, el sabio, manipula el juicio, la proposición, el pensamiento, el médico es quien va a manipular la realidad a fin de que el error llegue a ser una verdad. En ese tipo de operación, el médico es el intermediario, la persona ambivalente que[, por una parte,] mira del lado de la realidad y la manipula, y por otra, mira del lado de la verdad y el error y se las ingenia para que la forma de la realidad se ponga a la altura del error a fin de transformarlo en verdad.

Manipula la realidad haciéndole llevar una máscara; la hace un poco menos real. En todo caso, la cubre con una especie de película de irrealidad; la pone en el paréntesis del teatro, del "como si", de lo pseudo, y de ese modo, al irrealizar la realidad, logra transformar el error en verdad. Agente, por lo tanto, de la realidad, y en ese aspecto no es como el sabio o el maestro; sin embargo, es quien irrealiza la realidad para actuar sobre el juicio erróneo emitido por el enfermo.[16]

Creo que podemos decir lo siguiente: el psiquiatra, tal como va a actuar en el espacio de la disciplina asilar, ya no será en absoluto el individuo que mira por el lado de la verdad de lo que dice el loco; va a pasar resueltamente,

---

Tierra es redonda". Antoine Arnauld y Pierre Nicole, *La Logique, ou l'Art de penser, contenant, outre les règles communes, plusieurs observations nouvelles propres à former le jugement* (1662), 5ª ed., París, Desprez, 1683, p. 36 [trad. esp.: *La lógica o el arte de pensar*, Madrid, Alfaguara, 1987]. Cf. Louis Marin, *La Critique du discours. Sur la "Logique de Port-Royal" et les "Pensées de Pascal"*, París, Éd. de Minuit, 1975, col. "Le Sens commun", pp. 275-299, así como las observaciones de Michel Foucault en *Les Mots...*, *op. cit.*, primera parte, "Représenter", pp. 72-81, e "Introduction" a Antoine Arnauld y Claude Lancelot, *Grammaire générale et raisonnée contenant les fondements de l'art de parler expliqués d'une manière claire et naturelle* (París, Le Petit, 1660), París, Républications Paulet, 1969, pp. III-XXVII (en *DE*, I, núm. 60, pp. 732-752).

[16] Sobre esta realización teatral, cf. Michel Foucault, *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), pp. 350-354. La segunda clase de "La volonté de savoir", curso dictado en el Collège de France durante el ciclo 1970-1971, habla de esa "teatralización" de la locura como una "prueba ordálica", en la que se trata de "ver cuál de los dos, el enfermo o el médico, sostendrá más tiempo el juego de la verdad, todo ese teatro de la locura por el cual el médico realizaba objetivamente, en cierto modo, el delirio del enfermo y abordaba, a partir de esa verdad fingida, la verdad de éste" (notas personales; J. L.).

y de una vez por todas, del lado de la realidad.* Ya no será el amo ambiguo de la realidad y la verdad como aún lo era con Pinel y Mason Cox; será el amo de la realidad. Ya no debe en modo alguno introducir fraudulentamente, por decirlo así, la realidad en el delirio; no debe ser el contrabandista de lo real como todavía lo eran Pinel y Mason Cox. El psiquiatra es quien debe dar a lo real esa fuerza apremiante por la cual ese mismo real podrá apoderarse de la locura, atravesarla por completo y hacerla desaparecer como tal. Es quien debe –y en esto se define su tarea– asegurar a lo real el complemento de poder necesario para imponerse a la locura y, a la inversa, quien debe sacar a la locura el poder de sustraerse a lo real.

A partir del siglo XIX, el psiquiatra es, entonces, un factor de intensificación de lo real y el agente de un sobrepoder de lo real, mientras que en la época clásica era, en cierta manera, el agente de un poder de irrealización de la realidad. Alguno me dirá que si bien es cierto que en el siglo XIX el psiquiatra pasa por completo del lado de la realidad y se erige frente a la locura –y justamente a través del poder disciplinario que se arroga– en agente de intensificación del poder de la realidad, no es cierto, empero, que no plantee la cuestión de la verdad. Contestaré que el problema de la verdad se plantea, desde luego, en la psiquiatría del siglo XIX, pese a la negligencia bastante grande que ésta manifiesta con respecto a la elaboración teórica de su práctica. La psiquiatría no elude la cuestión de la verdad, pero, en vez de situar la cuestión de la verdad de la locura en el corazón mismo de la cura, cosa que aún sucedía con Pinel y Mason Cox, en medio de sus relaciones con el loco, en vez de permitir la eclosión del problema de la verdad en el enfrentamiento del médico y el enfermo, el poder psiquiátrico sólo plantea la cuestión de la verdad dentro de sí mismo. Se la asigna desde el inicio y de una vez por todas, al constituirse como ciencia médica y clínica. Es decir que el problema de la verdad, en lugar de estar en juego en la cura, fue resuelto de una vez y para siempre por la práctica psiquiátrica, una vez que se atribuyó el estatus de una práctica médica y se dio como fundamento el de ser la aplicación de una ciencia psiquiátrica.

* El manuscrito agrega: "En la psiquiatría asilar, el psiquiatra cumple el papel de amo de la realidad de una manera completamente distinta".

De modo tal que, si fuera menester dar una definición del poder psiquiátrico del cual quiero hablarles este año, yo propondría de manera provisoria la siguiente: el poder psiquiátrico es el complemento de poder en virtud del cual lo *real se impuso* a la locura *en nombre de una verdad poseída de una* vez por todas por ese poder con el nombre de ciencia médica, psiquiatría. Creo que, a partir de esta definición que les propongo provisoriamente, es *posible comprender unos cuantos rasgos generales de la historia de la psi*quiatría en el siglo XIX.

En primer lugar, la muy curiosa relación –iba a decir: falta de relación– *entre la práctica psiquiátrica y, por decirlo de algún modo, los discursos de* verdad. Por una parte, es cierto que muy pronto, con los psiquiatras de comienzos del siglo XIX, la psiquiatría manifiesta un interés muy grande por *constituirse como discurso científico.* Pero ¿*a qué discursos científicos* da lugar la práctica psiquiátrica? A dos tipos de discurso.

Uno, que podemos llamar discurso clínico o clasificatorio, nosológico; en *términos generales, se trata de describir la locura como una enfermedad o*, mejor, como una serie de enfermedades mentales, cada una de las cuales tiene su sintomatología, su evolución, sus elementos diagnósticos, sus elemen*tos de prognosis, etc. En este aspecto, el discurso psiquiátrico que se confor*ma se propone como modelo el discurso médico clínico habitual; se trata de constituir una suerte de *analogon* de la verdad médica.

En segundo lugar, también muy pronto, aun antes de que Bayle *descubra la* parálisis general, o en todo caso a partir de 1822 (descubrimiento de Bayle),[17]

[17] En tanto los trastornos de parálisis se consideraban como una afección intercurrente de una evolución demencial o, como decía Esquirol, una "complicación" de la enfermedad (art. "Démence", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*, París, C. L. F. Panckoucke, 1814, t. VIII, p. 283; art. "Folie", *ibid.*, t. XVI, 1816), Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858) individualiza en 1822, a partir de seis observaciones seguidas de controles anatómicos y realizadas en el servicio de Royer-Collard en la Salpêtrière, una entidad mórbida que, según la causa anatómica a la que él la atribuye, recibe el nombre de "aracnitis crónica", sobre la base del hecho de que "en todas las épocas de la enfermedad existe una relación constante entre la parálisis y el delirio [...], no podemos, por lo tanto, negarnos a admitir que esos dos órdenes de fenómenos son los síntomas de una misma enfermedad, es decir una aracnitis crónica", a la cual Bayle dedica una primera parte de su tesis defendida el 21 de noviembre de 1822 (*Recherches sur les maladies mentales*, Th. Méd. Paris,

comprobamos el desarrollo de todo un saber anatomopatológico que plantea la cuestión del sustrato o los correlatos orgánicos de la locura, el problema de su etiología, de su relación con las lesiones neurológicas, etc., y que constituye ya no un discurso análogo al médico, sino un discurso efectivamente anatomopatológico o fisiopatológico que debe servir de garantía materialista a la práctica psiquiátrica.[18]

---

núm. 147, París, Didot Jeune, 1822): *Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite, la gastro-entérite, et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale*, París, Gabon, 1822; reed. del centenario, París, Masson, 1922, t. I, p. 32. Más adelante, Bayle extiende su concepción a la mayoría de las enfermedades mentales: "La mayor parte de las alienaciones mentales son el síntoma de una flegmasía crónica primitiva de las 'membranas del cerebro'". Cf. Antoine Laurent Jessé Bayle, *Traité des maladies du cerveau et des ses membranes*, París, Gabon, 1826, p. XXIV; cf. también su texto "De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale" (leído en la Académie Impériale de Médecine), *Annales Médico-Psychologiques*, 3ª serie, t. I, julio de 1855, pp. 409-425.

[18] Durante la década de 1820, un grupo de jóvenes médicos se vuelca a la anatomía patológica, en la cual intentan injertar la clínica psiquiátrica. a) Félix Voisin (1794-1872) enuncia su programa: "Dados los síntomas, determinar la sede de la enfermedad. Ése es el problema que la medicina esclarecida por la fisiología puede proponerse en nuestros días", en *Des causes morales et physiques des maladies mentales, et de quelques autres affections telles que l'hystérie, la nymphomanie et le satyriasis*, París, J.-B. Baillière, 1826, p. 329. b) Dos discípulos de Léon Rostan (1791-1866), Achille [de] Foville (1799-1878) y Jean-Baptiste Delaye (1789-1879), presentan en 1821 un informe para concursar en el Premio Esquirol: "Considérations sur les causes de la folie et de leur mode d'action, suivies de recherches sur la nature et le siège spécial de cette maladie" (París, 1821). c) El 31 de diciembre de 1819 Jean-Pierre Falret (1794-1870) defiende su tesis, *Observations et propositions médico-chirurgicales* (Th. Méd. Paris, núm. 296, París, Impr. Didot, 1819), antes de publicar *De l'hypocondrie et du suicide. Considérations sur les causes, sur le siège et le traitement de ces maladies, sur les moyens d'en arrêter les progrès et d'en prévoir les développements*, París, Croullebois, 1822. El 6 de diciembre de 1823 Falret pronuncia en el Athénée de Médecine una conferencia, "Inductions tirées de l'ouverture des corps des aliénés pour servir au diagnostic et au traitement des maladies mentales", París, Bibliothèque Médicale, 1824.

En 1830 se inicia un debate sobre las causas orgánicas de la locura con motivo de la tesis de un discípulo de Esquirol, Étienne Georget (ingresado a la Salpêtrière en 1816 y ganador en 1819 del Premio Esquirol por su memoria "Des ouvertures du corps des aliénés"), defendida el 8 de febrero de 1820: *Dissertation sur les causes de la folie* (Th. Méd. Paris, núm. 31, París, Didot Jeune, 1820), donde reprocha a Pinel y Esquirol conformarse con observar los fenómenos de la locura sin buscar asociarlos a una causa productora. En su obra *De la folie*...,

Ahora bien, si observamos cómo se desarrolló la práctica psiquiátrica en el siglo XIX, de qué manera se manipulaba concretamente la locura y a los locos en el asilo, advertiremos que, por un lado, esta práctica se ponía bajo el signo y, de algún modo, el aval de esos dos discursos, uno nosológico, de las especies de enfermedades, y otro, anatomopatológico, de los correlatos orgánicos. La práctica psiquiátrica se desarrollaba al abrigo de esos dos discursos, pero no se valía jamás de ellos o sólo lo hacía por referencia, mediante un sistema de remisiones y, en cierto modo, de fijación. Tal como rigió durante el siglo XIX, la práctica psiquiátrica nunca puso en juego efectivamente el saber o cuasi saber que empezaba a acumularse, fuera en la gran nosología psiquiátrica, fuera en las investigaciones anatomopatológicas. En el fondo, las distribuciones asilares, la manera de clasificar a los enfermos, de *repartirlos en el asilo*, de *asignarles un régimen*, de *imponerles tareas*, de declararlos curados o enfermos, curables o incurables, no tenían en cuenta esos dos discursos.

Éstos eran simplemente una especie de garantes de la verdad de una práctica psiquiátrica que quería que la verdad le fuera dada de una vez por todas y nunca volviera a cuestionársela. Detrás de ella, las dos grandes sombras de la *nosología y* la *etiología*, de la *nosografía médica y* la *anatomía patológica*, estaban presentes para erigirse, antes que cualquier práctica psiquiátrica, en los garantes definitivos de una verdad que, por su parte, jamás se pondría en juego en la práctica de la cura. En líneas generales, el poder psiquiátrico dice esto: entre la locura y yo la cuestión de la verdad nunca se planteará por una razón muy sencilla, a saber: que yo, psiquiatría, ya soy una ciencia. Y si como tal tengo derecho a interrogarme a mí misma sobre lo que digo, si es cierto que puedo cometer errores, de todos modos me toca, y me toca a mí sola, en cuanto ciencia, decidir si lo que digo es verdad o corregir el error cometido. Soy dueña, si no de la verdad en su contenido, al menos de todos los criterios de la verdad. Además, esa razón, el hecho de poseer, en cuanto saber científico, los criterios de verificación y de verdad, me permite hacer míos la realidad y su poder e imponer a todos esos cuerpos dementes y

---

op. cit., p. 72, Georget afirma: "No debo temer mostrarme en oposición a mis maestros [...], al demostrar que la locura es una afección cerebral idiopática".

agitados el sobrepoder que voy a dar a la realidad. Yo soy el sobrepoder de la realidad como poseedora, por mí misma y de una manera definitiva, de algo que es la verdad con respecto a la locura.

Se trata de lo que un psiquiatra de la época llamaba "los derechos imprescriptibles de la razón sobre la locura", que eran para él los fundamentos de la intervención psiquiátrica.[19]

Creo que el motivo de esta falta de articulación de los discursos de verdad y la práctica psiquiátrica, el motivo de ese desfase, radica en la función de crecimiento del poder de lo real, que es la función esencial del poder psiquiátrico y debe, de alguna manera, hacer caer a sus espaldas una verdad considerada como ya adquirida. Y esto permite comprender entonces que el gran problema de la historia de la psiquiatría en el siglo XIX no es un problema de conceptos, no es en absoluto el problema de tal o cual enfermedad: el verdadero problema, la cruz de la psiquiatría decimonónica, no es la monomanía y ni siquiera la histeria. Si se admite que en el poder psiquiátrico la cuestión de la verdad jamás se plantea, puede entenderse que la cruz de la psiquiatría decimonónica es simplemente el problema de la simulación.[20]

[19] Alusión a Jean-Pierre Falret, quien afirma que, gracias al aislamiento, "la familia, en el silencio de una ley positiva, triunfa sobre el temor de cometer un acto arbitrario y, utilizando el derecho imprescriptible de la razón sobre el delirio, suscribe las enseñanzas de la ciencia para obtener el beneficio de la curación de los alienados". Jean-Pierre Falret, *Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés, présenté le 6 janvier 1837 à la Chambre des députés par le ministre de l'Intérieur*, París, Éverat, 1837, p. 6.

[20] Problema ya planteado en 1800 por Philippe Pinel, que le consagra un cap. de su *Traité médico-philosophique...*, *op. cit.*, sec. VI, § XXII, "Manie simulée; moyens de la reconnoître", pp. 297-302. Cf. también: Armand Laurent, *Étude médico-légale sur la simulation de la folie. Considérations cliniques et pratiques à l'usage des médecins experts, des magistrats et des jurisconsultes*, París, Masson, 1866; Henri Louis Bayard, "Mémoire sur les maladies simulées", *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1ª serie, t. XXXVIII, 1867, p. 277; Edmond Boisseau, art. "Maladies simulées", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, *op. cit.*, 2ª serie, t. II, 1876, pp. 266-281; Gabriel Tourdes, art. "Simulation", en *ibid.*, pp. 681-715. Charcot aborda la cuestión en varias ocasiones: 1) policlínica del martes 20 de marzo de 1888: "Ataxie locomotrice, forme anormale", en *Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policlinique 1887-1888*, notas de curso de los señores Blin, Charcot y H. Colin, París, Lecrosnier & Babé, 1889, col. "Publications du *Progrès Médical*", t. I, pp. 281-284 [trad. esp. parcial: *Histeria. Lecciones del martes*, Jaén, Ediciones del Lunar, 2003]; 2) *Leçons*

Por simulación no entiendo aquí la actitud de un no loco que puede hacerse pasar por loco, pues esto jamás cuestiona realmente el poder psiquiátrico. No es cierto que el hecho de hacerse pasar por loco cuando no se es loco sea para la práctica psiquiátrica, para el poder psiquiátrico, algo así como un límite, un término o el fracaso esencial, ya que, después de todo, la cosa sucede en todos los órdenes del saber y más aún en medicina. Siempre podemos engañar a un médico haciéndole creer que tenemos tal o cual enfermedad o tal o cual síntoma –cualquier persona que haya hecho el servicio militar lo sabe–, y pese a ello la práctica médica no se pone en cuestión. En cambio, la simulación que fue el problema histórico de la psiquiatría en el siglo XIX –y de ella quiero hablar– es la simulación interna a la locura: la simulación ejercida por la locura con respecto a sí misma, la manera de la locura de simular locura, la manera de la histeria de simular histeria, la manera como un síntoma verdadero es en cierto aspecto un modo de mentir, la manera como un falso síntoma es una forma de estar verdaderamente enfermo. Todo eso constituyó para la psiquiatría del siglo XIX el problema insoluble, el límite y, en definitiva, el fracaso a partir del cual iban a producirse una serie de repercusiones.

A grandes rasgos, la psiquiatría decía: contigo, que estás loco, no plantearé el problema de la verdad, pues yo misma la poseo en función de mi saber, a partir de mis categorías; y si tengo algún poder sobre ti, el loco, es porque poseo esa verdad. A lo cual la locura respondía: si pretendes tener de una vez por todas la verdad en función de un saber que ya está constituido, pues bien, yo voy a plantear en mí misma la mentira. Y por consiguiente, cuando manipules mis síntomas, cuando estés frente a lo que llamas la enfermedad,

---

sur les maladies du système nerveux, recogidas y publicadas por Désiré Magloire Bourneville, 5ª ed., París, Delahaye et Lecrosnier, 1884, t. I, lección IX, "De l'ischurie hystérique", § "Simulation" (1873), pp. 281-283 [trad. esp.: *Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso: dadas en la Salpêtrière*, Madrid, Imprenta de A. Pérez Dubrull, 1882, 2 vols.]; 3) "Leçon d'ouverture de la chaire de clinique des maladies du système nerveux" (23 de abril de 1882), § VII, "Simulation", en *Leçons sur les maladies du système nerveux*, recogidas y publicadas por Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie y Gilles de La Tourette (1887), París, Lecrosnier & Babé, 1890, t. III, pp. 17-22; *ibid.*, lección XXVI, "Cas du mutisme hystérique chez l'homme", § "Les simulations", pp. 432-433.

te encontrarás en una trampa, porque en medio de mis síntomas habrá ese pequeño núcleo de noche, de mentira, a través del cual te plantearé la cuestión de la verdad. Por lo tanto, no te engañaré en el momento en que tu saber esté limitado, lo cual sería simulación lisa y llana; al contrario, si quieres tener algún día una autoridad efectiva sobre mí, la tendrás al aceptar el juego de verdad y mentira que te propongo.

La simulación: desde 1821, cuando se la ve surgir en la Salpêtrière delante de quien fue uno de los más grandes psiquiatras de la época, Georget, con las dos simuladoras de ese hospital, hasta el gran episodio de Charcot en la década de 1880, podemos decir que toda la historia de la psiquiatría estuvo recorrida por ese problema de la simulación. Y cuando digo "ese problema", no me refiero al problema teórico de la simulación, sino al proceso por el cual los locos respondieron efectivamente con la cuestión de la mentira a ese poder psiquiátrico que se negaba a plantear la cuestión de la verdad. La mentira de la simulación, la locura que simula locura, fue el antipoder de los locos frente al poder psiquiátrico.

Por eso, creo, la importancia histórica de ese problema y de la simulación y la histeria. Y por eso se comprende también el carácter colectivo del fenómeno de la simulación. La vemos aparecer, entonces, hacia 1821, en el comportamiento de dos histéricas que se llamaban "Pétronille" y "Braguette".[21] Estas dos personas fundaron, me parece, un inmenso proceso histórico en la psiquiatría, y fueron imitadas en todos los asilos de Francia porque se trata-

[21] Seducido por las experiencias llevadas a cabo en el servicio de Husson del Hôtel-Dieu por el barón Jules Dupotet de Sennevoy en octubre de 1820, Étienne Georget, con la colaboración de Léon Rostan, decidió en 1821, en la Salpêtrière, utilizar como sujetos de experiencia sonámbula a dos pacientes: Pétronille y Manoury, viuda de Brouillard, llamada "Braguette" (cf. Amédée Dechambre, "Nouvelles expériences sur le magnétisme animal", en *Gazette Médicale de Paris*, 12 de septiembre de 1835, p. 585). Georget se refiere a esas experiencias, sin develar la identidad de las pacientes, en *De la physiologie du système nerveux*..., *op. cit.*, t. I, cap. 3, "Somnambulisme magnétique", p. 404. Cf. también: Aubin Gauthier, *Histoire du somnambulisme: chez tous les peuples, sous les noms divers d'extases, songes, oracles, visions, etc.*, París, F. Malteste, 1842, t. II, p. 324; Amédée Dechambre, "Deuxième lettre sur le magnétisme animal", en *Gazette Médicale de Paris*, 1840, pp. 13-14, y art. "Mesmérisme", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, *op. cit.*, 2ª serie, t. VII, 1877, pp. 164-165.

ba, en definitiva, de su instrumento de lucha contra el poder psiquiátrico. Y si tenemos en cuenta la gran crisis de la psiquiatría asilar, una crisis que estalló en las postrimerías del siglo XIX, más o menos en 1880, al comprobarse que, frente a la gran taumaturgia de Charcot, todos los síntomas estudiados por éste eran suscitados por él mismo a partir de la simulación de sus pacientes, podemos deducir entonces que los propios locos impusieron a la psiquiatría el problema de la verdad.

Si insisto en esta historia, lo hago por unas cuantas razones. La primera es que no es una cuestión de síntoma. A menudo se dice que la histeria ha desaparecido o que fue la gran enfermedad del siglo XIX. Pero no fue la gran enfermedad del siglo XIX; si nos valemos de un vocabulario médico, fue un síndrome típicamente asilar o un síndrome correlativo al poder asilar o el poder médico. Sin embargo, ni siquiera deseo utilizar la palabra "síndrome". Se trató en concreto del proceso por medio del cual los enfermos intentaban escapar al poder psiquiátrico; fue un fenómeno de lucha y no un fenómeno patológico. En todo caso, creo que debemos considerarlo de ese modo.

En segundo lugar, no hay que olvidar que si a partir de Braguette y Pétronille hubo tanta simulación dentro de los asilos, fue porque, de hecho, esa situación resultaba posible no sólo debido a la coexistencia de los enfermos en ellos, sino también porque esos mismos enfermos contaban con la complicidad y el apoyo, tan pronto espontáneos como involuntarios, explícitos como implícitos, del personal, los residentes, los guardianes, los subalternos de la medicina. No debemos olvidar que Charcot no examinó prácticamente nunca a una sola de esas histéricas, y todas sus observaciones, falseadas por la simulación, le eran proporcionadas desde afuera, en realidad, por el personal que custodiaba a las propias enfermas y, con grados de complicidad más o menos elevados, construía en conjunto con ellas ese mundo de la simulación a través del cual se oponía resistencia al poder psiquiátrico. Un poder psiquiátrico que en la Salpêtrière, en 1880, era encarnado precisamente por alguien que ni siquiera era psiquiatra sino neurólogo, una persona que, por consiguiente, tenía condiciones más propicias para apoyarse en un discurso de verdad mejor constituido.

A quien llegaba, entonces, provisto del más alto saber médico, se le tendió la trampa de la mentira. En consecuencia, el fenómeno general de la simulación en el siglo XIX debe comprenderse como proceso, no sólo de lucha de los

enfermos contra el poder psiquiátrico, sino de lucha dentro mismo del sistema psiquiátrico, el sistema asilar. Y creo que así llegamos al episodio que debe ser el objetivo de mi curso, justamente el momento en que, a la fuerza y debido al conjunto de esos procesos, la cuestión de la verdad, puesta entre paréntesis luego de Pinel y Mason Cox por el sistema disciplinario del asilo y el tipo de funcionamiento del poder psiquiátrico, vuelve a introducirse.*

Y es posible decir que el psicoanálisis puede interpretarse como el primer gran retroceso de la psiquiatría, el momento en que la cuestión de la verdad de lo que se decía en los síntomas o, en todo caso, el juego de verdad y mentira en el síntoma, se impone a la fuerza al poder psiquiátrico; el problema consiste en saber si el psicoanálisis no respondió a esta derrota inicial estableciendo una primera línea de defensa. Sea como fuere, el crédito por la primera despsiquiatrización no corresponde tanto a Freud. La primera despsiquiatrización, el primer momento de vacilación del poder psiquiátrico en cuanto a la cuestión de la verdad, lo debemos a toda esa compañía de simuladores y simuladoras. Fueron ellos quienes, a través de sus mentiras, tendieron una trampa a un poder psiquiátrico que, para poder ser agente de la realidad, se pretendía dueño de la verdad y se negaba a plantear, dentro de la práctica y la cura psiquiátricas, la cuestión de lo verdadero de la locura.

Hubo lo que podríamos llamar una gran insurrección simuladora que recorrió todo el mundo asilar decimonónico y cuyo foco perpetuo y constantemente reavivado fue la Salpêtrière, asilo para mujeres. Por eso no creo que pueda hacerse de la histeria, de la cuestión de la histeria, de la manera como los psiquiatras se empantanaron en la histeria durante el siglo XIX, una especie de pequeño error científico, una suerte de tope epistemológico. Hacerlo es muy tranquilizante, desde luego, porque permite escribir la historia de la psiquiatría y el nacimiento del psicoanálisis en el estilo mismo con que se explica a Copérnico, Kepler o Einstein. Es decir: tope científico, incapacidad de salir de las esferas demasiado numerosas del mundo "tolomeico" o de las ecuaciones de Maxwell, etc.; uno se enreda en ese saber científico y, a partir de esta es-

* En la grabación, repetición de: a la fuerza. El manuscrito agrega: "Es posible entonces denominar antipsiquiatría a cualquier movimiento que vuelva a poner en juego la cuestión de la verdad en la relación entre el loco y el psiquiatra".

pecie de tope, hay un corte epistemológico y el surgimiento de Copérnico o Einstein. Al plantear el problema en esos términos y hacer de la historia de la histeria el *analogon* de ese tipo de peripecias, podemos reinscribir la historia del psicoanálisis en la tradición calma de la historia de las ciencias. Pero si se hace de la simulación, como me gustaría hacerlo –y no de la histeria, por consiguiente–, no un problema epistemológico o el tope de un saber, sino el reverso militante del poder psiquiátrico, y se admite que la simulación fue, para los locos, la manera insidiosa de plantear a la fuerza la cuestión de la verdad a un poder psiquiátrico que sólo quería imponerles la realidad, creo entonces que se podrá hacer una historia de la psiquiatría que ya no orbite en torno del psiquiatra y su saber, sino, por fin, en torno de los locos.

Como comprenderán, en esa medida –si retomamos así la historia de la psiquiatría, veremos que con la perspectiva institucionalista que plantea en sustancia el problema de si la institución es o no el lugar de una violencia, se corre el riesgo de reprimir algo–, me parece que se recorta de una manera extraordinariamente estrecha el problema histórico de la psiquiatría, es decir el problema de ese poder de realidad que los psiquiatras tenían la misión de volver a imponer, y que cayó en la trampa de la mentira cuestionadora de los simuladores.

Tal es, para decirlo de algún modo, el trasfondo general que quería dar a las clases que seguirán. La próxima vez intentaré, entonces, retomar esta historia que les he sugerido de una manera desenvuelta, para ocuparme del problema mismo del funcionamiento del poder psiquiátrico como sobrepoder de la realidad.

Clase del 19 de diciembre de 1973*

El poder psiquiátrico – Una cura de François Leuret y sus elementos estratégicos: 1) el desequilibrio del poder; 2) la reutilización del lenguaje; 3) el ordenamiento de las necesidades; 4) el enunciado de la verdad – El placer de la enfermedad – El dispositivo asilar.

EL PODER PSIQUIÁTRICO tiene, en esencia, la función de ser un operador de realidad, una especie de intensificador de realidad frente a la locura. ¿En qué sentido puede ese poder definirse como sobrepoder de la realidad?

Para tratar de desenmarañar un poco esta cuestión, querría utilizar el ejemplo de una cura psiquiátrica de los años 1838-1840. ¿Cómo se desarrollaba una cura psiquiátrica en esa época?

A primera vista, en el momento de instalación, de organización del mundo asilar, la cura no se desarrolla en absoluto, porque la curación se espera como una suerte de proceso, si no espontáneo, al menos automáticamente reactivo a partir de la combinación de cuatro elementos que son, en primer lugar, el aislamiento en el asilo; segundo, una serie de medicamentos de orden físico o fisiológico: opiáceos,[1]

* En el manuscrito, la clase lleva el título de "La cura psiquiátrica".

[1] Los opiáceos, preparaciones a base de opio, reputados por interrumpir los accesos de furor y restablecer el orden de las ideas, son propiciados, con preferencia a las purgas y las sangrías, por Jean-Baptiste Van Helmont (1577-1644) y Thomas Sydenham (1624-1689). Su utilización en el tratamiento de la locura en su forma "maníaca" o "furiosa" se desarrolla en el siglo XVIII. Cf.: Philippe Hecquet (1661-1737), *Réflexions sur l'usage de l'opium, des calmants et des narcotiques pour la guérison des maladies*, París, G. Cavelier, 1726, p. 11; Joseph Guislain, *Traitement sur l'aliénation mentale…, op. cit.*, t. I, libro IV, "Moyens dirigés sur le système nerveux central. Opium", pp. 345-353. Véanse también las páginas dedicadas por Michel Foucault a esta sustancia en *Histoire de la folie…, op. cit.* (1972), pp. 316-319.

láudano,[2] etc.; una serie de coerciones propias de la vida asilar: la disciplina, la obediencia a un reglamento,[3] una alimentación determinada,[4] horas de

---

En el siglo XIX, Joseph Jacques Moreau de Tours (1804-1884) promueve el recurso a los opiáceos en el tratamiento de la manía: "En los opiáceos (el opio, la datura, la belladona, el beleño, *el acónito, etcétera) puede encontrarse un excelente medio de calmar la agitación habitual* de los maníacos y los arrebatos pasajeros de los monomaníacos". Cf. Joseph J. Moreau de Tours, "Lettres médicales sur la colonie d'aliénés de Ghéel", en *Annales Médico-Psychologiques, t.* V, *marzo de* 1845, p. 271. Cf.: Claude Michéa, *De l'emploi des opiacés dans le traitement de l'aliénation mentale* (extraído de *L'Union médicale*, 15 de marzo de 1849), París, Malteste, 1849, y *Recherches expérimentales sur l'emploi des principaux agents de la médication stupéfiante dans le traitement de l'aliénation mentale*, París, Labé, 1857; Henri Legrand du Saulle, "Recherches cliniques sur le mode d'administration de l'opium dans la manie", *Annales Médico-Psychologiques*, 3ª serie, t. V, enero de 1859, pp. 1-27; Hippolyte Brochin, art. "Maladies nerveuses", § "Narcotiques", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, op. cit.*, 2ª serie, t. XII, 1877, pp. 375-376; Jean-Baptiste Fonssagrives, art. "Opium", en *ibid.*, 2ª serie; t. XVI, 1881, pp. 146-240.

[2] Láudano: preparación en la que el opio está asociado a otros ingredientes, el más utilizado de los cuales era el láudano de Sydenham o "vino de opio compuesto", propiciado para los trastornos digestivos, en el tratamiento de las enfermedades nerviosas y la histeria; cf. Thomas Sydenham, "Observationes Medicae" (1680), en *Opera Omnia*, Londres, W. Greenhill, 1844, t. I, p. 113 [trad. esp.: *Observaciones médicas acerca de la historia y curación de las enfermedades agudas*, Madrid, CSIC, 1961]. Cf. Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, op. cit.*, 2ª serie, t. II, 1876, pp. 17-25.

[3] Desde Pinel, que afirmaba "la necesidad extrema de un orden invariable de servicio" (*Traité médico-philosophique..., op. cit.*, sec. V, "Police générale et ordre journalier du service dans les hospices d'aliénés", p. 212), los alienistas no dejaron de insistir sobre la importancia de un reglamento. Así Jean-Pierre Falret: "¿Qué vemos en los asilos de nuestros días? Vemos un reglamento positivo, estrictamente respetado, que fija el uso de todas las horas del día y fuerza a cada enfermo a reaccionar contra la irregularidad de sus inclinaciones, para someterse a la ley general [...] El enfermo está obligado a abdicar en manos de una voluntad ajena y a esforzarse constantemente para no incurrir en los castigos asociados a la infracción del reglamento". Cf. Jean-Pierre Falret, "Du traitement général des aliénés" (1854), *op. cit.*, p. 690.

[4] El problema del régimen alimentario ocupa un lugar privilegiado, a la vez en concepto de componente de la organización cotidiana del tiempo asilar y de contribución al tratamiento. De tal modo, François Fodéré asevera que "los alimentos son los primeros medicamentos", *Traité du délire..., op. cit.*, t. II, p. 292. Cf.: Joseph Daquin, *La Philosophie de la folie*, reeditada con una presentación de Claude Quétel, París, Éditions Frénésie, 1987, col. "Insa-

sueño y de trabajo;[5] instrumentos físicos de coerción, y por último, también una medicación psicofísica, a la vez punitiva y terapéutica, como la ducha,[6] el sillón rotatorio,[7] etc. Estos elementos combinados definían el marco de la

---

nía", pp. 95-97; Joseph Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale…*, *op. cit.*, t. II, libro XVI, "Régime alimentaire à observer dans l'aliénation mentale", pp. 139-152.

[5] El trabajo, pieza esencial del tratamiento moral, se concibe en una doble perspectiva: terapéutica, del aislamiento, y disciplinaria, del orden. Cf.: Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique…*, *op. cit.*, sec. V, § XXI, "Loi fondamentale de tout hospice d'aliénés, celle d'un travail mécanique": "Un trabajo constante cambia la cadena viciosa de ideas, fija las facultades del entendimiento al hacerlas ejercitarse, alimenta por sí solo el orden en un agrupamiento cualquiera de alienados y dispensa de una multitud de reglas minuciosas y a menudo vanas para mantener la vigilancia interna" (p. 225); Camille Boucher, "Du travail appliqué aux aliénés", en *Annales Médico-Psychologiques*, t. XII, noviembre de 1848, pp. 301-302. En *Histoire de la folie…*, *op. cit.* (1972), pp. 505-506, Michel Foucault se refiere a un estudio de Jean Calvet, fechado en 1952, sobre los orígenes históricos del trabajo de los enfermos en los asilos de alienados.

[6] Philippe Pinel da sus cartas de nobleza a la ducha al erigirla en un instrumento de tratamiento y condicionamiento a la vez; cf. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2ª ed. revisada y aumentada, París, Caille et Ravier, 1809, pp. 205-206. Cf. también: Henri Girard de Cailleux, "Considérations sur le traitement des maladies mentales", *Annales Médico-Psychologiques*, t. IV, noviembre de 1844, pp. 330-331; Armand Rech (de Montpellier), "De la douche et des affusions d'eau froide sur la tête dans le traitement des aliénations mentales", en *Annales Médico-Psychologiques*, t. IX, enero de 1847, pp. 124-125; pero sobre todo François Leuret, quien la pone en práctica en *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, cap. 3, § "Douches et affusions froides", pp. 158-162. Véase (en esta misma clase y la del 9 de enero de 1974) la cura de Dupré; Michel Foucault le dedica varias páginas: *Maladie mentale et psychologie*, París, Presses Universitaires de France, 1962, col. "Initiation philosophique", pp. 85-86 [trad. esp.: *Enfermedad mental y personalidad*, Buenos Aires, Paidós, 1991]; *Histoire de la folie…*, *op. cit.* (1972), pp. 338 y 520-521; "L'eau et la folie", *DE*, I, núm. 16, pp. 268-272. Vuelve a ella en "Sexuality and solitude" (*London Review of Books*, 21 de mayo a 5 de junio de 1981, pp. 3 y 5-6), *DE*, IV, núm. 295, pp. 168-169.

[7] El "sillón rotatorio", perfeccionado por el médico inglés Erasmus Darwin (1731-1802), es aplicado al tratamiento de la locura por Mason Cox, quien elogia su eficacia: "Considero que se lo puede utilizar tanto en el plano moral como en el plano físico, y emplearlo con éxito, no sólo como un medio de alivio sino como un medio de disciplina, para poner al enfermo en un estado más flexible y dócil". Cf. Joseph Mason Cox, *Observations sur la démence*, *op. cit.*, p. 58. Cf.: Louis V. F. Amard, *Traité analytique de la folie et des moyens de la guérir*, Lyon, Imp. de Ballanche, 1807, pp. 80-93; Joseph Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale…*, *op. cit.*, t. I, li-

cura, de la cual, sin proponer jamás una explicación ni una teoría, se esperaba la curación.*

Ahora bien, creo que, a pesar de esta primera apariencia, la cura psiquiátrica se desarrollaba de acuerdo con una serie de planes, procedimientos tácticos, elementos estratégicos que podemos llegar a definir y son, a mi entender, muy importantes en cuanto a la constitución misma del saber psiquiátrico, quizás hasta nuestros días.

Voy a tomar una cura como ejemplo; a decir verdad, hasta donde yo sé es el ejemplo más elaborado que se haya dado en la literatura psiquiátrica francesa. Su presentador es un psiquiatra que, por desdicha, tiene una fastidiosa reputación: Leuret, el hombre del tratamiento moral, a quien durante mucho tiempo se reprochó el abuso que hacía del castigo, la ducha, etc.[8] Sin lugar a dudas, es la persona que no sólo definió la cura clásica de la manera más precisa, más meticulosa, y dejó la mayor cantidad de documentos sobre sus curas, sino también, me parece, quien elaboró esas prácticas, esas estrategias de cura, y las llevó a un punto de perfección que permite a la vez comprender los mecanismos generales puestos en acción por todos sus colegas, sus contemporáneos, y verlos, por así decirlo, en cámara lenta, según sus mecanismos más sutiles.

---

bro IV, *Moyens dirigés sur le système nerveux cérébral. De la rotation*, Amsterdam, Van der Hey, 1826, pp. 374 y 404; Christine Buvat-Pochon, *Les Traitements de choc d'autrefois en psychiatrie. Leurs liens avec les thérapeutiques modernes*, Th. Méd. Paris, núm. 1262, París, Le François, 1939. Véase Michel Foucault, *Histoire de la folie…*, *op. cit.* (1972), pp. 341-342.

* El manuscrito agrega: "En suma, un código, pero no un código lingüístico de convenciones significantes, sino un código táctico que permitía establecer cierta relación de fuerza e inscribirla de una vez por todas".

[8] En vida, Leuret tuvo que defenderse de las críticas que, según sus propias palabras, condenaban su práctica como "retrógrada y peligrosa" (*Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, p. 68). Su principal adversario fue Esprit Sylvestre Blanche, en su memoria presentada a la Académie Royale de Médecine: *Du danger des rigueurs corporelles dans le traitement de la folie*, París, Gardembas, 1839, así como en un opúsculo, *De l'état actuel du traitement de la folie en France*, París, Gardembas, 1840. Los artículos necrológicos sobre Leuret se hicieron eco de esas polémicas: Ulysse Trélat, "Notice sur Leuret", en *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, vol. 45, 1851, pp. 241-262; Alexandre Brierre de Boismont, "Notice biographique sur M. F. Leuret", en *Annales Médico-Psychologiques*, 2ª serie, t. III, julio de 1851, pp. 512-527.

La cura corresponde a un tal señor Dupré y se relata en el último capítulo de *Du traitement moral de la folie*, de 1840.[9] He aquí los síntomas que presentaba el señor Dupré:

> El señor Dupré es un hombre grueso y bajo, excedido en carnes; camina solo y jamás dirige la palabra a nadie. Su mirada es insegura y tiene un aire alelado. Emite gases sin cesar por arriba y por abajo, y con mucha frecuencia deja oír un pequeño gruñido muy desagradable, con el objetivo de liberarse de las emanaciones que, por medio de la necromancia, le introducen en el cuerpo. Es insensible a las deferencias que puedan hacérsele, e incluso procura evitarlas. Cuando se le insiste, se pone de mal humor sin llegar nunca a la violencia, y dice al vigilante, en caso de que éste se encuentre presente: "Haz retirar a esas locas, que vienen a atormentarme". Jamás mira a nadie a los ojos, y si durante un instante se lo saca de la incertidumbre y la ensoñación que le son habituales, no tarda en recaer en ellas [...] Hay en la tierra tres familias que, por su nobleza, predominan sobre las demás: las familias de los príncipes tártaros, de Nigricia y del Congo. Una raza destacada, la más ilustre de la familia de los príncipes tártaros, es la de los alciones, cuyo jefe es él, supuestamente Dupré pero en realidad nacido en Córcega, descendiente de Cosroes: es Napoleón, Delavigne, Picard, Audrieux, Destouches, Bernardin de Saint-Pierre, todos a la vez. El signo distintivo de su calidad de alción es el hecho de poder saborear constantemente los placeres del amor; por debajo de su persona se encuentran seres degenerados de su raza, menos favorecidos que él y llamados, según sus disposiciones amorosas, tres cuartos, un cuarto o un quinto de alciones. A raíz de los excesos cometidos, el señor Dupré ha caído en un estado de enfermedad crónica, para cuyo tratamiento su consejero lo envió a su castillo de Saint-Maur (tal es la denominación que da a Charenton), luego a Saint-Yon y después a Bicêtre. El Bicêtre en el cual se encuentra no es el situado cerca de París, y la ciudad que se le hace ver, a alguna distancia del hospicio, no es otra que Langres, en la cual, para engañarlo, se han representado monumentos que tienen cierta semejanza con los del verdadero París. Él es el único

[9] François Leuret, observación XXII, "Porteurs de titres et de dignités imaginaires", en *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, pp. 418-462.

> hombre del hospicio; todos los demás son mujeres o, mejor, combinaciones de varias mujeres, con los rostros cubiertos por máscaras bien compuestas, provistas de barba y patillas. Reconoce sin lugar a dudas al médico que lo atiende como una cocinera que ha tenido a su servicio. La casa donde pasó la noche en su viaje de Saint-Yon a Bicêtre se echó a volar una vez que él se marchó. Nunca lee y no tocaría un diario por nada del mundo; los diarios que se le muestran son falsos, no hablan de él, Napoleón, y quienes los leen son cómplices confabulados con quienes los hacen. El dinero no tiene valor alguno; sólo hay moneda falsa. A menudo escuchó hablar a los osos y monos del Jardín Botánico. Recuerda la temporada que pasó en su castillo de Saint-Maur, e incluso a algunas de las personas que conoció allí [...] La multiplicidad de sus ideas falsas no es menos notable que la seguridad con la cual las declama.[10]

Creo que en el largo tratamiento que a continuación se analiza podemos distinguir una serie de dispositivos o maniobras que Leuret nunca teoriza, y con referencia a los cuales no da ninguna explicación que esté fundada ya sea en una etiología de la enfermedad mental, una fisiología del sistema nervioso o, incluso, y de manera general, en una psicología de la locura. Simplemente desmonta las diferentes operaciones que ha intentado; a mi entender, es posible distribuir esas maniobras en cuatro o cinco grandes tipos.

En primer lugar, la maniobra consistente en desequilibrar el poder, es decir transferirlo de entrada o, en todo caso, lo más rápidamente posible, a un lado y uno solo, el del médico. Y Leuret se apresura a hacerlo; su primer contacto con Dupré consiste en desequilibrar el poder:

> La primera vez que abordo al señor Dupré para tratarlo, lo encuentro en una enorme sala llena de alienados a quienes se considera incurables; está sentado a la espera de su comida, con un aire estúpido e indiferente a todo lo que sucede a su alrededor, sin mostrarse afectado en modo alguno por el desaseo de sus vecinos y el suyo propio ni aparentar otro instinto que el de comer. ¿Cómo lograr sacarlo de su torpor, darle sensaciones justas, ganar un poco su atención? Las palabras benévolas no sirven de nada; ¿será más útil la severidad? Finjo estar descontento con sus discur-

[10] *Ibid.*, pp. 421-424.

> sos y su conducta; lo acuso de pereza, vanidad y mentira y exijo que, ante mí, se mantenga de pie y descubierto.[11]

Este primer contacto es, creo, muy significativo de lo que podríamos llamar el ritual general del asilo. Prácticamente, y en este aspecto Leuret no se diferencia en nada de sus contemporáneos, el primer episodio de contacto entre el médico y su paciente en todos los asilos de la época es ese ceremonial, esa demostración inicial de fuerza, es decir, la demostración de que el campo de fuerzas en el cual el enfermo se encuentra dentro del asilo está desequilibrado, no hay coparticipación, reciprocidad, intercambio, el lenguaje no circula con libertad y de manera indistinta de uno a otro; no hay entre los diferentes personajes que viven en el asilo ni reciprocidad ni transparencia: todo eso debe proscribirse. Es preciso, desde el comienzo, que haya un mundo diferencial, un mundo de ruptura y desequilibrio entre el médico y el enfermo, un mundo donde existe cierta pendiente que jamás puede remontarse: en su cima, el médico; en el fondo, el enfermo.

Y a partir de esta diferencia de altura, de potencial, absolutamente estatutaria y que nunca se borrará en la vida asilar, va a poder desenvolverse el proceso mismo de la cura. En todos los consejos dados por los alienistas con referencia a distintas curas hay un lugar común: siempre debe empezarse con esa marcación del poder. Ese poder está de un solo lado, y esto es lo que decía Pinel cuando recomendaba abordar al paciente con "una suerte de aparato de temor, un aparato imponente que pueda actuar vigorosamente sobre la imaginación [del maníaco; J. L.] y convencerlo de que toda resistencia será vana".[12] Es también lo que decía Esquirol: "En todo establecimiento de alienados debe haber un jefe y nada más que un jefe de [*sic*] quien todo debe incumbir".[13]

Se trata además, sin duda, del "principio de la voluntad ajena", que podemos denominar "principio de Falret", consistente en sustituir la voluntad

[11] *Ibid.*, p. 429.

[12] Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique...*, *op. cit.* (1800), sec. II, § IX, "Intimider l'aliéné, mais ne point se permettre aucun acte de violence", p. 61.

[13] Jean Étienne Dominique Esquirol, "De la folie" (1816), *op. cit.*, p. 126.

del enfermo por una "voluntad ajena".[14] El enfermo debe sentirse situado de inmediato frente a algo en lo cual va a concentrarse, a resumirse toda la realidad con la que tendrá que vérselas en el asilo; toda la realidad se concentra en una voluntad ajena que es la voluntad omnipotente del médico. No quiero decir con ello que cualquier otra realidad quede suprimida en beneficio de esta sola voluntad del médico, sino que el elemento portador de toda la realidad que va a imponerse al enfermo y cuya tarea consistirá en tener influjo sobre la enfermedad, el soporte de esa realidad, debe ser la voluntad del médico como voluntad ajena a la del enfermo y, además, estatutariamente superior e inaccesible, por consiguiente, a cualquier relación de intercambio, reciprocidad, igualdad.

En esencia, este principio tiene dos objetivos. En primer lugar, establecer una suerte de estado de docilidad que es necesario para el tratamiento: es preciso, en efecto, que el enfermo acepte las prescripciones formuladas por el médico. Pero no se trata simplemente de someter la voluntad de sanar del enfermo al saber y el poder del médico; en ese establecimiento de una diferencia absoluta de poder, se trata sobre todo de vulnerar la afirmación de omnipotencia que, en el fondo, hay en la locura. En toda locura, cualquiera que sea su contenido, hay siempre cierta afirmación de omnipotencia, y a ello apunta el ritual primero de aserción de una voluntad ajena y absolutamente superior.

En la psiquiatría de la época, la omnipotencia de la locura puede manifestarse de dos maneras. En una serie de casos, se expresará dentro del delirio en forma, por ejemplo, de ideas de grandeza: uno cree ser rey. En el caso del señor Dupré, la creencia en que es Napoleón,[15] la convicción de ser sexualmente superior a todo el género humano[16] y ser el único hombre, mientras

[14] Cf. *supra*, nota 3. Ya era para Guislain una de las ventajas del "aislamiento en el tratamiento de la alienación": "Basado en un sentimiento de dependencia que hace experimentar al alienado [...] obligado a adaptarse a una voluntad ajena". Cf. Joseph Guislain, *Traitement sur l'aliénation mentale..., op. cit.*, t. 1, p. 409.

[15] François Leuret, *Du traitement moral de la folie, op. cit.*, p. 422: "Dupré es un apellido de convención, un apellido para mantener el incógnito; su verdadero nombre, como bien sabemos, es Napoleón".

[16] "El signo distintivo de su calidad de alción es el hecho de poder saborear constantemente los placeres del amor", *ibid.*, p. 423.

todos los demás son mujeres,[17] son otras tantas afirmaciones, dentro del propio delirio, de una especie de soberanía u omnipotencia. Pero esto sólo vale, por supuesto, en el caso de los delirios de grandeza. Al margen de esta situación, y cuando no hay delirio de grandeza, existe, con todo, cierta afirmación de omnipotencia, no en la forma de expresión del delirio sino en su manera de ejercerse.

Cualquiera que sea el contenido del delirio, aun cuando uno crea ser perseguido, el hecho de ejercerlo, es decir de rechazar todo lo que es discusión, razonamiento, prueba, implica en sí mismo una afirmación de omnipotencia, y este elemento puede atribuirse con absoluta certeza a cualquier locura, mientras que la expresión de esa omnipotencia en el delirio es privativa del delirio de grandeza.

El ejercicio de la omnipotencia en el delirio por el hecho de delirar es característico de toda locura.

Por consiguiente, podrán ver con claridad cómo y por qué se justifica ese primer dispositivo, esa primera maniobra de la operación psiquiátrica: se trata de vulnerar, reducir la omnipotencia de la locura mediante la manifestación de otra voluntad, más vigorosa y dotada de un poder superior. Georget daba el siguiente consejo a los médicos: "En vez [...] de negar a un alienado la condición de rey que pretende tener, probadle que carece de poder; que vos, que sois nada menos que eso, podéis todo sobre él; acaso considere así la posibilidad de estar, en efecto, equivocado".[18]

Por lo tanto, contra la omnipotencia del delirio, la realidad del médico, con la omnipotencia que le da, precisamente, el desequilibrio estatutario del asilo: tal es el aspecto en que la toma de contacto que les mencionaba con referencia al caso del señor Dupré se inscribe en un contexto general que es el de la práctica asilar de la época, con muchas variantes, desde luego. Algunos de los médicos, entonces –y en torno de ello girarán todas las discusiones internas al discurso psiquiátrico–, van a considerar que esa marcación del poder del profesional debe hacerse de vez en cuando con la apelación a la violencia, pero a veces también en forma de una demanda de estima, de

[17] "Él es el único hombre del hospicio; todos los demás son mujeres", *ibid.*

[18] Étienne Jean Georget, *De la folie..., op. cit.*, p. 284.

confianza y como una especie de pacto impuesto al enfermo, a la manera de un arreglo.

Por otro lado encontraremos psiquiatras que, al contrario, recomiendan *en todos los casos el temor*, la violencia, la amenaza. Unos consideran que el desequilibrio fundamental del poder está, en el fondo, suficientemente asegurado por el sistema mismo del asilo, con el conjunto de la vigilancia, la jerarquía interna, la disposición de los edificios y los propios muros que expresan y definen la trama y la pendiente del poder. Otros psiquiatras estiman, *por el contrario*, que la *persona misma del médico*, *su prestigio*, *su prestancia*, su agresividad, su vigor polémico, son los elementos que muestran esa marca. No me parece que todas estas variantes tengan importancia con respecto a ese ritual fundamental, del cual voy a mostrar cómo lo desarrolla Leuret a continuación a lo largo de la cura, en la que toma claro partido por la *solución de la individualización médica del excedente de poder otorgado* por el asilo y le da la forma muy directa de la agresión y la violencia.

Uno de los temas delirantes que encontrábamos en Dupré era la creencia en su omnipotencia sexual y en que todas las personas que lo rodeaban en el asilo eran mujeres. Leuret se dirigirá a él y le preguntará si, en efecto, todos *los que están a su alrededor son mujeres.* "Sí", *dirá Dupré.* "¿Yo también?", pregunta Leuret. "Usted también, por supuesto." En ese momento el médico aferra al paciente y, "sacudiéndolo vigorosamente, le pregunta si ése es el brazo de una mujer."[19] Dupré no está muy convencido, de modo que, para convencerlo más, Leuret hace poner en su cena algunos "granos de calomelanos", *que provocan en el pobre desdichado violentos cólicos durante* la noche. A la mañana siguiente, esto permite que Leuret le diga: "Él, el único hombre que hay en el hospicio, es tan temeroso que la escena de la víspera le hizo mover el vientre".[20] Así marca su supremacía viril y física mediante ese signo artificial de temor que ha suscitado en Dupré.

Podríamos citar a lo largo de la cura una serie de elementos similares. Leuret hace pasar a Dupré por la ducha; el paciente se resiste, reaparecen sus temas delirantes y dice: "¡Aquí hay *una* que me insulta!" "¿*Una*?", pregunta Leuret, y acto seguido le apunta violentamente la ducha hacia el fondo de la

[19] François Leuret, *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, p. 429.
[20] *Ibid.*, p. 430.

garganta, hasta que Dupré, mientras se debate, reconoce que ésa es sin duda una conducta de hombre y "termina por admitir que [Leuret] es un hombre".[21] Por lo tanto, desequilibrio ritual del poder.

Segunda maniobra: lo que podríamos llamar reutilización del lenguaje. En efecto, Dupré no reconoce a la gente por su verdadera identidad, cree que su médico es su cocinera y se adjudica a sí mismo toda una serie de identidades sucesivas y simultáneas, pues es "Napoleón, *Delavigne*, *Picard*, Audrieux, Destouches, Bernardin de Saint-Pierre, todos a la vez".[22] Ante todo será preciso, en consecuencia –y esto es lo que caracteriza la segunda maniobra, que, por lo demás, sigue más o menos cronológicamente a la primera, con unas cuantas superposiciones–, que Dupré vuelva a aprender los nombres y sepa asignar a cada uno el que le corresponde: "A fuerza de hostigarlo, comienza a mostrarse atento y obediente".[23] Lo obligan a repetirlos hasta que consigue saberlos: "Es menester que aprenda mi apellido, el de los alumnos, los vigilantes, los enfermeros. Debe llamarnos a todos por el apellido".

Leuret le hace leer libros y recitar versos y lo obliga a hablar latín, que Dupré ha aprendido en la escuela; lo conmina a hablar en italiano, que aprendió cuando estaba en el ejército; le hace "contar una historia".[24]

Por último, en otro momento lo mete en la bañera, lo somete a la ducha como es usual y, una vez hecho esto, en lugar de seguir con lo acostumbrado, le ordena vaciar la bañera. Ahora bien, Dupré no suele obedecer ninguna orden. Se lo obliga a cumplir ésta y cuando termina de vaciar la bañera con cubos y vuelve la espalda, la llenan otra vez. Leuret repite varias veces el procedimiento, hasta lograr que su paciente incorpore definitivamente el mecanismo de la orden y la obediencia.[25]

Me parece que en esta serie de operaciones que se refieren esencialmente al lenguaje, se trata ante todo de corregir el delirio de las nominaciones polimorfas y obligar al enfermo a devolver a cada uno el nombre en virtud del cual tiene su individualidad dentro de la pirámide disciplinaria del asilo. De

[21] *Ibid.*
[22] *Ibid.*, p. 422.
[23] *Ibid.*, p. 431.
[24] *Ibid.*
[25] *Ibid.*, p. 432.

manera muy característica, no se pide a Dupré que aprenda el nombre de los *pacientes sino el del médico, sus alumnos, los vigilantes y los enfermeros:* el aprendizaje de la nominación será al mismo tiempo el de la jerarquía. La nominación y la manifestación del respeto, la distribución de los nombres y la manera como los individuos se jerarquizan en el espacio disciplinario, constituyen una sola y la misma cosa.

Verán asimismo que le piden que lea, recite versos, etc.; con ello se trata, por supuesto, de ocupar la mente, desviar el lenguaje del uso delirante, pero *también de reenseñar al sujeto el uso de esas formas de lenguaje que son* las formas del aprendizaje y la disciplina, lo que ha aprendido en la escuela, esa suerte de lenguaje artificial que no es en verdad el que él utiliza, sino aquel por cuyo intermedio se le imponen la disciplina escolar y el sistema de orden. Y por último, en la historia de la bañera que vuelven a llenar y le ordenan vaciar una cantidad indefinida de veces, lo que se trata de enseñar al enfermo es ese lenguaje de órdenes, pero esta vez de órdenes puntuales.

De manera general, Leuret procura, creo, hacer al paciente accesible a todos los usos imperativos del lenguaje: los nombres propios con los cuales saludamos, mostramos respeto, la atención que prestamos a los otros; se trata, además, de la recitación escolar y los idiomas aprendidos; se trata de la imposición. Advertirán que no hay aquí ninguna clase de reaprendizaje –que podamos llamar dialéctico– de la verdad. No es cuestión de mostrar a Dupré, a *partir del lenguaje, que los juicios emitidos por él son falsos; no se discute* para dilucidar si es justo o no considerar que todas las personas son "alciones", como aquél cree en su delirio.[26] No se trata de transformar lo falso en verdadero en el seno de una dialéctica propia del lenguaje o la discusión; a través de un juego de órdenes, de imposiciones que se formulan, simplemente se procura volver a poner al sujeto en contacto con el lenguaje en su carácter de portador de imperativos: un uso imperativo del lenguaje que se remite y se ajusta a todo un sistema de poder. Es el lenguaje propio del asilo, que asigna los nombres definitorios de la jerarquía asilar; es el lenguaje del amo. Y detrás de ese lenguaje que se enseña debe dejarse ver como realidad toda esta trama de poder. El lenguaje que vuelve a enseñarse al enfermo no le servirá para recuperar la verdad; el lenguaje que le obligan a reaprender es un lenguaje que debe dejar

[26] François Leuret, *Du traitement moral de la folie, op. cit.*, p. 422.

traslucir la realidad de un orden, una disciplina, un poder que se le impone. Por otra parte, eso es lo que dice Leuret cuando, al final de los ejercicios de lenguaje, señala: "Ahora el señor Dupré está atento [la atención es, desde luego, la facultad de la realidad; M. F.] y ha entrado en relación conmigo; ejerzo una acción sobre él y me obedece".[27] "Atención", es decir relación con el médico –esto es, el que da la orden y tiene el poder–, relación que consiste precisamente en que el médico, dueño del poder, ejerza una acción en forma de orden. Lenguaje, por lo tanto, que es transparente a esta realidad del poder.

Y también aquí vemos que Leuret, en cierto sentido, es mucho más sutil y perfeccionista que los psiquiatras de su época. Pero, después de todo, lo *que por entonces se denominaba "tratamiento moral" tenía esas característi*cas, sin estar tan directamente centrado, desde luego, en los usos del lenguaje, en esa especie de diálogo amañado, de diálogo que era en realidad el juego de la orden y la obediencia, porque la mayoría de los psiquiatras, a diferencia de Leuret, confiaban sobre todo en los mecanismos internos de la institución asilar y no en esa acción directa del psiquiatra en cuanto dueño del poder.[28] En definitiva, sin embargo, si observamos en qué consistía justamente para los psiquiatras de la época el funcionamiento de la propia institución asilar, y dónde se buscaba el carácter terapéutico de esa acción del asilo, veremos que se consideraba que éste era terapéutico porque obligaba a la gente a plegarse a un reglamento, un uso del tiempo, la forzaba a obedecer órdenes, a ponerse en fila, a someterse a la regularidad de una serie de gestos y hábitos, a supeditarse a un trabajo. Y todo este complejo del orden, como órdenes dadas y también como regularidades institucionales y coerciones, es finalmente, para los psiquiatras de esos días, uno de los grandes factores de la terapéutica asilar. Como decía Falret en 1854, en un texto un poco tardío,

> un reglamento positivo, estrictamente respetado, que fija el uso de todas las horas del día y fuerza a cada enfermo a reaccionar contra la irregularidad de sus inclinaciones, para someterse a la ley general. En vez de que-

[27] *Ibid.*, p. 432.

[28] Así define Leuret su tratamiento: "Entiendo por tratamiento moral de la locura la utilización razonada de todos los medios que actúan directamente sobre la inteligencia y las pasiones de los alienados", *ibid.*, p. 156.

> dar librado a sí mismo y seguir el impulso de su capricho o de su voluntad desordenada, el alienado se ve en la obligación de doblegarse ante una regla, que tiene tanto más poder cuanto que ha sido establecida para todos. El enfermo está obligado a abdicar en manos de una voluntad ajena y a esforzarse constantemente para no incurrir en los castigos asociados a la infracción [del] reglamento.[29]

También Esquirol consideraba que este sistema de orden, orden dada y orden obedecida, orden como mandato y orden como regularidad, era el gran operador de la curación asilar:

> Hay en una casa semejante un movimiento, una actividad, un torbellino en el cual entra poco a poco cada comensal; el lipemaníaco más obstinado, más desafiante, se ve obligado, sin saberlo, a vivir fuera de sí mismo, arrastrado por el movimiento general, por el ejemplo [...]; el propio maníaco, retenido por la armonía, el orden y la regla de la casa, se defiende mejor contra sus impulsos y se abandona menos a sus actividades excéntricas.[30]

En otras palabras, el orden es la realidad con la forma de la disciplina.

La tercera maniobra en el dispositivo de la terapéutica asilar es lo que podríamos llamar ordenamiento u organización de las necesidades. El poder psiquiátrico asegura el avance de la realidad, su autoridad sobre la locura *mediante el ordenamiento de aquéllas* e, *incluso*, a *través del surgimiento* de nuevas necesidades: por la creación, el sustento y la prolongación de una serie de necesidades.

Éste es otro caso en el que podemos tomar como punto de partida la versión muy sutil y curiosa que Leuret da de ese principio.

Su paciente, el señor Dupré, no quiere trabajar porque no cree en el valor del dinero: "El dinero no tiene valor alguno; sólo hay moneda falsa", dice,[31] pues yo, Napoleón, soy el único con derecho a acuñar moneda. En consecuencia, el dinero que le den será falso: ¡para qué trabajar, entonces! Ahora bien, el problema consiste precisamente en hacerle comprender la necesidad

[29] Jean-Pierre Falret, "Du traitement général des aliénés" (1854), *op. cit.*, p. 690.
[30] Jean Étienne Dominique Esquirol, "De la folie" (1816), *op. cit.*, p. 126.
[31] François Leuret, *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, p. 424.

de ese dinero. Un día se lo obliga a trabajar; prácticamente no hace nada. Al final del día se le propone un salario correspondiente a su jornada laboral; lo rechaza, aduciendo que "el dinero no tiene ningún valor".[32] Lo toman de los brazos y le meten a la fuerza el dinero en el bolsillo; sin embargo, como castigo por haberse resistido, lo encierran durante toda la noche y la mañana del día siguiente "sin comida ni bebida". Le envían, no obstante, un enfermero que ha sido debidamente aleccionado de antemano, para decirle: "¡Ah, señor Dupré, cuánto lo compadezco por no comer! Si no temiera la autoridad del señor Leuret y sus castigos, le traería comida; estoy dispuesto a correr el riesgo, con la condición de recibir una retribución". De modo que, para comer, el señor Dupré se ve obligado a sacar del bolsillo tres de las ocho monedas de cinco centavos que le habían dado.

Sin duda empieza a formarse en él la idea de la significación o, al menos, de la utilidad del dinero, a partir de esa necesidad creada de manera artificial. Lo alimentan bien y, otra vez, deslizan "doce gramos de calomelanos en las legumbres del señor Dupré, quien no tarda en sentir la necesidad de ir al excusado, por lo cual llama al doméstico y le ruega que le deje las manos libres. Nuevo arreglo pecuniario".[33] Al día siguiente, Dupré va a trabajar y a "procurar el premio de su jornada". Se trata, dice Leuret, del "primer acto razonable, hecho voluntariamente y con reflexión, que conseguí de él".[34]

Creo, desde luego, que podemos meditar mucho sobre esa sorprendente relación establecida por Leuret –pero, como ven, en forma de una intervención imperativa– entre el dinero y la defecación. Relación que no es una relación simbólica de dos términos: dinero-excremento, sino una relación táctica de cuatro términos: alimento-defecación-trabajo-dinero, con un quinto término, el poder médico, que recorre los cuatro puntos del rectángulo táctico. En virtud del juego de ese poder médico circulante entre los cuatro términos se establece una relación que tendrá, como deben saber, un destino muy conocido, y que aquí, a mi entender, vemos aparecer por primera vez.[35]

[32] *Ibid.*, p. 434.
[33] *Ibid.*, p. 435.
[34] *Ibid.*
[35] Michel Foucault alude a la relación "dinero-excremento" que tendría un magnífico porvenir en la literatura psicoanalítica. Mencionada por Sigmund Freud en una carta a Wilhelm

En líneas generales, me parece que también en este caso Leuret presentó de una manera particularmente sutil y hábil la fórmula de algo que es muy importante en el sistema de la cura psiquiátrica de la época. En el fondo, se trata de generar en el enfermo un estado de carencia cuidadosamente alimentado: es preciso mantenerlo por debajo de una línea media de su existencia. De ahí una serie de tácticas, menos sutiles que las empleadas por Leuret, pero que gozaron asimismo de un destino muy prolongado en la institución asilar y la historia de la locura.

La táctica de la ropa: en el tratado *Des aliénés*, que data de 1834, Ferrus presenta toda una teoría de esa famosa vestimenta asilar, de la cual dice: "La vestimenta de los alienados exige una atención muy especial: casi todos los locos son vanos y orgullosos; en su mayoría han tenido, antes de la invasión de la enfermedad, una vida llena de vicisitudes; a menudo han sido poseedores de cierta fortuna, que el desorden de su mente los incitó a disipar".[36] Tuvie-

---

Fliess del 22 de diciembre de 1897 (en *La Naissance de la psychanalyse. Lettres à Wilhelm Fliess (1887-1902)*, trad. de Anne Berman, París, Presses Universitaires de France, 1956, col. "Bibliothèque de psychanalyse", p. 212) [trad. esp.: *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)*, Buenos Aires, Amorrortu, 1994], esta relación simbólica se elabora en la teoría del erotismo anal. Cf. Sigmund Freud, "Charakter und Analerotik" (1908), en *Gesammelte Werke* (en lo sucesivo *GW)*, Fráncfort, S. Fischer Verlag, 1941, t. VII, pp. 201-209 (trad. francesa: "Caractère et érotisme anal", trad. de D. Berger, P. Bruno, D. Guérineau y F. Oppenot, en *Névrose, psychose et perversion*, París, Presses Universitaires de France, 1973, pp. 143-148) [trad. esp.: "Carácter y erotismo anal", en *Obras completas* (en lo sucesivo *OC)*, 24 vols., Buenos Aires, Amorrortu, 1978-1985, t. 9, 1979]; "Über Triebumsetzung insbesondere der Analerotik" (1917), *GW*, t. X, 1946, pp. 401-410 (trad. francesa: "Sur les transpositions de pulsions, plus particulièrement dans l'érotisme anal", trad. de D. Berger, en *La Vie sexuelle*, París, Presses Universitaires de France, 1969, pp. 106-112) [trad. esp.: "Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal", *OC*, t. 17, 1979]. Cf. también Ernst Borneman, *Psychoanalyse des Geldes. Eine kritische Untersuchung psychoanalytischer Geldtheorien*, Fráncfort, Suhrkamp Verlag, 1973 (trad. francesa: *Psychanalyse de l'argent. Une recherche critique sur les théories psychanalytiques de l'argent*, trad. de D. Guérineau, París, Presses Universitaires de France, 1978).

[36] Guillaume M. A. Ferrus, *Des aliénés. Considérations sur l'état des maisons qui leur sont destinées, tant en France qu'en Angleterre; sur le régime hygiénique et moral auquel ces malades doivent être soumis; sur quelques questions de médecine légale et de législation relatives à leur état civil*, París, Impr. de Mme. Huzard, 1834, p. 234.

ron, por lo tanto, hermosas ropas y adornos, y en el asilo reconstituyen esa vestimenta indicativa de su antiguo esplendor; su miseria actual y el funcionamiento de su delirio: de eso es necesario privar a los locos. Sin embargo, dice Ferrus, debemos tener la precaución de no ir demasiado lejos, pues con demasiada frecuencia los asilos sólo dejan a los locos ropa desgarrada e infamante que los humilla en exceso y puede excitar su delirio o su repugnancia, *en cuyo caso suelen pasearse desnudos. Entre los ornamentos del delirio y* la obscena desnudez es necesario encontrar un término medio: se tratará de "*vestimenta de tela basta y sólida, pero cortada según un mismo modelo y* mantenida con aseo, que ahorrará las vanidades pueriles de la locura".[37]

*Tenemos asimismo la táctica de la comida, que debe ser sobria, unifor*me, no dada a voluntad sino en raciones que, en la medida de lo posible, deben estar ligeramente por debajo de la media. Por lo demás, a ese racionamiento general de la comida en el asilo se agregó, sobre todo luego de la política de *no restraint* –es decir, la eliminación de una parte de los aparatos de contención–,[38] una política de supresión punitiva de los alimentos: privación de platos, ayuno, etc. Ése fue el gran castigo asilar.

Una táctica de actividad laboral. Por otra parte, en los asilos el trabajo está muy sobredeterminado, pues asegura el orden, la disciplina, la regularidad, la perpetua ocupación que son tan necesarios. Así, ya hacia la década de 1830 el trabajo se inscribe como obligación dentro de los asilos: la granja Sainte-Anne fue en principio una extensión del hospital de Bicêtre, antes de relevarlo.[39]

[37] *Ibid.*

[38] Cf. *supra*, clase del 5 de diciembre de 1973, nota 18.

[39] La existencia de la "granja Sainte-Anne" se remonta a la donación hecha por Ana de Austria en 1651 a fin de construir un establecimiento destinado a recibir enfermos en caso de epidemia. Tras levantarse algunas construcciones, los terrenos se destinaron a la explotación agrícola. En 1833, Guillaume Ferrus (1784-1861), médico jefe del hospital de Bicêtre, decidió utilizarlos para hacer trabajar a los convalecientes y los incurables válidos procedentes de las tres secciones del asilo. Una decisión de la comisión creada el 27 de diciembre de 1860 por el prefecto Haussmann con el objeto de "estudiar las mejoras y reformas que deben llevarse a cabo *en el servicio de alienados del departamento del Sena" signó el fin de la granja*. El 1º de mayo de 1867 se inauguró un asilo cuya construcción se había iniciado a fines de 1863 según planos establecidos bajo la dirección de Girard de Cailleux. Cf. Charles Guestel, *Asile d'aliénés de Sainte-Anne à Paris*, Versalles, Aubert, 1880.

Como decía Girard de Cailleux en la época en que era director del hospital de Auxerre, "pelar legumbres y someterlas a algunas preparaciones se convierte a menudo en una ocupación muy provechosa para el tratamiento".[40] Y ese trabajo –esto es interesante– no se impone simplemente por ser un factor de orden, disciplina y regularidad, sino porque permite incluir en él un sistema de retribución. El trabajo asilar no es gratuito, es un trabajo remunerado, y ese pago no es una concesión complementaria; está en el centro mismo de ese funcionamiento laboral, pues la retribución debe ser suficiente para satisfacer unas cuantas necesidades generadas por la carencia asilar fundamental: la insuficiencia de comida, la ausencia de toda gratificación (pagarse el tabaco, un postre, etc.). Es preciso que haya ganas, que haya necesidad, que exista un estado de carencia para que el sistema de retribución impuesto con el trabajo pueda funcionar. Por lo tanto, necesidad de esas retribuciones, suficientes para satisfacer las necesidades creadas por la carencia fundamental y lo bastante escasas, al mismo tiempo, para quedar por debajo, desde luego, de todas las remuneraciones normales y generales.

Por último, y sobre todo, la gran carencia organizada por la disciplina asilar es tal vez la mera falta de libertad. Y podrán ver que, en los psiquiatras de la primera mitad del siglo XIX, la teoría del aislamiento cambia poco a poco o, si lo prefieren, se profundiza y completa. La teoría del aislamiento de la que les hablé la clase pasada estaba esencialmente regida por la obligación de establecer una ruptura entre el marco terapéutico y la familia del paciente, el medio en el cual se había desarrollado la enfermedad; luego vemos surgir la idea de que el aislamiento tiene una ventaja adicional: no sólo protege a la familia, también genera en el enfermo una nueva necesidad antes desconocida, la necesidad de libertad. Y la cura podrá desenvolverse contra el fondo de esa necesidad así creada de manera artificial.

En esta época, por lo tanto, el poder psiquiátrico, en su forma asilar, es generador de necesidades y gerente de las carencias que él mismo establece:

[40] Henri Girard de Cailleux (1814-1884) desempeña el cargo de médico jefe y director del asilo de alienados de Auxerre desde el 20 de junio de 1840 hasta su designación como inspector general del servicio de alienados del Sena en 1860. La cita corresponde a su artículo "De la construction et de la direction des asiles d'aliénés", en *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, t. 40, primera parte, julio de 1848, p. 30.

¿Por qué esa administración de las necesidades y esa institucionalización de las carencias? Por cierto número de razones, que es fácil identificar.

En primer lugar porque, gracias al juego de las necesidades, va a imponerse la realidad de aquello que se necesita: el dinero, que no era nada, se convertirá en algo a partir del momento en que haya una carencia y, para llenarla, sea preciso apelar a él. En consecuencia, se percibirá la realidad de lo que se necesita a través del juego de la carencia. Primer efecto de este sistema.

Segundo efecto: a través de la penuria asilar va a esbozarse la realidad de un mundo externo que la omnipotencia de la locura tendía a negar, un mundo externo que, más allá de los muros, va a imponerse cada vez más como realidad inaccesible, es cierto, pero sólo inaccesible durante el tiempo de la locura. Y en el fondo, ese mundo externo será real de dos maneras: será el mundo de la ausencia de penuria en contraste con el mundo asilar, y adoptará entonces el aspecto de una realidad deseable; y al mismo tiempo aparecerá como un mundo en el cual el enfermo se inicia al aprender a responder a su propia penuria y sus propias necesidades: "Cuando usted haya comprendido que debe trabajar para alimentarse, ganar dinero e incluso para defecar, habrá llegado el momento de salir al mundo exterior". Éste, por lo tanto, es real como mundo de la falta de penuria, en oposición al mundo de carencias del asilo, y como mundo al cual la penuria del asilo servirá de propedéutica.

Tercer efecto de la política de la carencia: en ese estatus materialmente disminuido con respecto al mundo real, a la vida fuera del asilo, el enfermo reconocerá con claridad que él también se encuentra en un estado de insatisfacción, que su estatus es un estatus menguado, que no tiene derecho a todo y que si le faltan algunas cosas, es sencillamente porque está enfermo. Ahora percibirá, ya no la realidad del mundo externo, sino la realidad de su propia locura a través del sistema de carencias que se establece a su alrededor. En otras palabras, debe aprender que la locura se paga, porque existe efectivamente como algo que lo afecta; y la locura tendrá el precio de una penuria general de la existencia, una carencia sistemática.

Por último, cuarto efecto de la organización de la carencia asilar: al experimentarla, al comprender que, para mitigarla, está obligado a trabajar, a conceder una serie de cosas, a someterse a la disciplina, etc., el enfermo va a saber que los cuidados que se le brindan, la curación que se intenta procurarle, no son, en el fondo, algo que se le deba; está obligado a obtenerlos

mediante una cantidad de esfuerzos que van desde la obediencia en el trabajo y la disciplina hasta una producción remunerada; pagará con su trabajo el bien que la sociedad le hace. Como decía Belloc: "si la sociedad brinda a los alienados las ayudas que necesitan, éstos deben, a su turno, aliviarla de su peso según la magnitud de sus fuerzas".[41] En otras palabras, el loco aprende este cuarto aspecto de la realidad: que debe, como enfermo, subvenir a sus propias necesidades mediante el trabajo, para que la sociedad no tenga que pagar su precio. Se llega así a la siguiente conclusión: por una parte, la locura se paga, pero, por otra, la curación se compra. El asilo es justamente la institución que hace pagar la locura con una serie de necesidades creadas de manera artificial y, al mismo tiempo, va a hacer pagar la curación por medio de cierta disciplina, cierto rendimiento. Al establecer una carencia, el asilo permite crear una moneda con la cual se pagará la curación. Crear, a partir de las necesidades sistemáticamente generadas, la retribución moral de la locura, los medios de pago de la terapéutica: esto es, en el fondo, lo que constituye el asilo. Como verán, el problema del dinero ligado a las necesidades de la locura que se paga y de la curación que se compra está profundamente inscripto en la maniobra psiquiátrica y el dispositivo asilar.

[Quinto] dispositivo, para terminar: el dispositivo del enunciado de la verdad. Fase final que, en la terapéutica propuesta por Leuret, es el penúltimo episodio: es preciso lograr que el enfermo diga la verdad. Alguien me dirá: si es verdad, y si este episodio es muy importante en el desarrollo de la terapéutica, ¿cómo pudo usted decir que el problema de la verdad no se planteaba en la práctica de la cura clásica?[42] Ya verán, sin embargo, cómo se plantea este problema de la verdad.

[41] Hippolyte Belloc, *Les Asiles d'aliénés transformés en centres d'exploitation rurale, moyen d'exonérer en tout ou en partie les départements des dépenses qu'ils font pour leur aliénés, en augmentant le bien-être de ces malades, et en les rapprochant des conditions d'existence de l'homme en société*, París, Bécher Jeune, 1862, p. 15.

[42] Alusión a varias proposiciones anteriores: a) la clase del 7 de noviembre de 1973 sostiene que la operación terapéutica del médico no requiere "ningún discurso de verdad" (*supra*, p. 27); b) la del 14 de noviembre menciona la supresión, "en la práctica psiquiátrica que se inaugura a principios del siglo XIX", del "juego de la verdad" que caracterizaría la "protopsiquiatría" (*supra*, pp. 43 y ss.); c) la clase del 12 de diciembre de 1973 concluye que en el poder psiquiátrico la cuestión de la verdad no se ha planteado jamás (*supra*, p. 159).

Esto es lo que Leuret hace con Dupré. Éste afirmaba que París no era *París, el rey no era el rey, Napoleón era él y París no era sino* la ciudad de Langres, disfrazada por algunas personas como la capital de Francia.[43] A juicio de *Leuret sólo hay una manera de obrar: simplemente, llevar a su enfermo a recorrer* París; y, en efecto, bajo la dirección de un residente, organiza un paseo *por toda la capital. En ella, el residente muestra a Dupré diferentes monu*mentos y le pregunta: "¿Acaso no reconoce París?" "No, no", contesta el señor Dupré, "estamos en la ciudad de Langres. Han imitado varias cosas que están en París".[44] El residente simula no conocer el camino y pide al enfermo que lo guíe hasta la plaza Vendôme. Dupré se orienta muy bien, por lo cual su acompañante le dice: "¡Quiere decir que estamos en París, ya que usted supo encontrar muy bien la plaza Vendôme!"[45] "No, reconozco a Langres disfrazada de París." Llevado al hospital de Bicêtre, el enfermo se niega a admitir que ha estado en París y, "como persiste en su negativa, lo llevan al baño y le vierten agua fría sobre la cabeza. Entonces, acepta todo lo que se quiera" y que París, en efecto, es París. Pero ni bien sale del baño "vuelve a sus ideas locas. Se lo obliga a desvestirse otra vez y se reitera la afusión: vuelve a ceder" y reconoce que París es París; sin embargo, apenas recuperadas sus ropas, "afirma ser Napoleón. Una tercera afusión lo corrige; cede y va a acostarse".[46]

Leuret, empero, no se engaña; se da cuenta de que ejercicios como ésos no bastan. Apela entonces a otro ejercicio que, en cierto modo, es de un nivel más alto:

> Al día siguiente lo hago venir y luego de algunas palabras sobre el viaje de la víspera lo interrogo. "*¿Su nombre?* —He usado *otro; mi verdadero* nombre es Napoleón Luis Bonaparte. —¿Su profesión? —Teniente retirado del 19º de línea; pero voy a explicarle algo: teniente quiere decir jefe del ejército. —¿Dónde nació? —En Ajaccio o, si lo prefiere, en París. —Este certificado dice que fue alienado en Charenton. —No he sido alienado en Charenton. Estuve nueve años en mi castillo de Saint-Maur".

[43] François Leuret, *Du traitement moral de la folie, op. cit.*, pp. 423 y 435-436.
[44] *Ibid.*, p. 438.
[45] *Ibid.*, p. 439.
[46] *Ibid.*, p. 440.

> Disconforme con sus respuestas, hago que lo lleven al baño; bajo la ducha, le muestro un diario y le pido que lo lea en voz alta; obedece; lo interrogo y me aseguro de que haya entendido la lectura. Entonces, luego de preguntar en voz bien audible si el depósito de la ducha está lleno, mando traer al señor Dupré un cuaderno en el cual lo conmino a dar, por escrito, respuestas a las preguntas que voy a formularle. "¿Su nombre? —Dupré. —¿Su profesión? —Teniente. —¿Su lugar de nacimiento? —París. —¿Cuánto tiempo pasó en Charenton? —Nueve años. —¿Y en Saint-Yon? —Dos años y dos meses. —¿Cuánto tiempo permaneció en la sección de alienados en tratamiento de Bicêtre? —Tres meses; desde hace tres años soy un alienado incurable. —¿Dónde fue ayer? —A la ciudad de París. —¿Los osos hablan? —No".[47]

Progreso, como advertirán, con respecto al episodio precedente. Y llegamos ahora a la tercera fase de este ejercicio de enunciado de la verdad, episodio crucial, según verán. "Como se observa por sus respuestas, el señor Dupré se encuentra en una suerte de *incertidumbre entre la locura y la razón*".[48] ¡Es que era alienado desde hacía 15 años! "Es hora", cree Leuret, "de exigirle una resolución decisiva, la de escribir la historia de su vida".[49] Sólo lo hace luego de varias duchas, y "consagra el resto de la jornada y el día siguiente a escribir su historia, con grandes detalles. Todo lo que un hombre puede recordar de su infancia, él lo sabe y lo escribe. Cita en profusión el nombre de las pensiones y los liceos donde estudió y el de sus maestros y condiscípulos. En todos sus relatos no hay un solo pensamiento falso o una palabra fuera de lugar".[50]

Se plantea aquí un problema que hoy soy incapaz de resolver: saber de qué manera el relato autobiográfico se introdujo concretamente en la práctica psiquiátrica, la práctica criminológica, hacia los años 1825-1840, y cómo pudo el relato de la propia vida llegar a ser una pieza esencial, de usos múltiples, en todos esos procedimientos de custodia y disciplinarización de los individuos. ¿Por qué la narración autobiográfica se convirtió en un episodio de la empresa disciplinaria? ¿Cómo contar el propio pasado? ¿Cómo pudo el re-

[47] François Leuret, *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, pp. 440-442.
[48] *Ibid.*, p. 444.
[49] *Ibid.*
[50] *Ibid.*, pp. 444-445.

cuerdo de infancia ocupar su lugar dentro de ese relato? No sé casi nada de eso. En todo caso, me parece que podemos rescatar una serie de cosas en lo concerniente a esta maniobra de enunciado de la verdad.

En primer lugar, la verdad, como ven, no es lo que se percibe. En el fondo, cuando llevan al señor Dupré a París, no lo hacen tanto para que, gracias al juego de la percepción, se le revele que París es ésa y que él está en esa ciudad. No es eso lo que le piden; se sabe que, al percibir, percibirá París como la imitación de París. Lo que le piden –y aquí es donde funciona el enunciado de la verdad– es que lo confiese. Lo indispensable no es que perciba la cosa sino que la diga, aunque lo haga bajo el apremio de la ducha. El mero hecho de decir algo que sea verdad tiene de por sí una función; una confesión, aun bajo apremio, tiene mayor eficacia terapéutica que una idea justa o una percepción exacta, si no se expresan. Por lo tanto, carácter performativo de ese enunciado de la verdad en el juego de la curación.

Segundo, es preciso señalar que el punto esencial de la verdad por el cual Leuret se empeña especialmente es, en parte, que París sea París, desde luego, pero el médico quiere de su paciente, sobre todo, que se aferre a su propia historia. Es necesario que el enfermo se reconozca en una especie de identidad constituida por una cantidad de episodios de su existencia. En otras palabras, el enfermo debe enunciar primeramente la verdad en ese reconocimiento de una serie de episodios biográficos; el enunciado más eficaz de la verdad no se referirá a las cosas, sino al propio enfermo.

Tercero y último, me parece menester señalar que esa verdad biográfica que se le pide, y cuya confesión es tan operativa en la terapia, no es la verdad que él podría decir sobre sí mismo, en el plano de su vivencia, sino cierta verdad que se le impone con una forma canónica: interrogatorio de identidad, recordatorio de una serie de episodios conocidos por el médico, además: admitir que en un momento dado ha estado en Charenton, que estuvo enfermo entre tal y cual fecha, etc.[51] El paciente constituye un corpus biográfico establecido desde afuera por todo el sistema de la familia, el empleo, el estado civil, la observación médica. Es todo ese corpus identitario el que el enfermo debe finalmente confesar, y cuando lo hace debe producirse uno

[51] *Ibid.*, pp. 441-442.

de los momentos más fecundos de la terapia; de no existir ese momento, hay que desesperar de la enfermedad.

Les citaré, simplemente por la belleza del diálogo, otra observación de Leuret. Es la historia de una mujer de la que decía que jamás lograría curarla. ¿Y en qué radicaba para él esa imposibilidad? En que para la mujer era *imposible, justamente, confesar* ese esquema biográfico que es portador de su identidad. Éste es el diálogo revelador, según Leuret, de la incurabilidad:

> ¿Cómo está usted, señora? —Mi persona no es una señora, dígame señorita, por favor. —No sé su nombre; ¿querría decírmelo? —Mi persona no tiene nombre: desea que usted no escriba. —Me gustaría, sin embargo, saber cómo la llaman o, mejor dicho, cómo la llamaban antaño. —Entiendo lo que quiere decir. Era Catherine X, no hay que hablar más de esas cosas. Mi persona ha perdido su nombre, lo entregó al entrar a la Salpêtrière. —¿Qué edad tiene? —Mi persona no tiene edad. —Pero esa Catherine X de la que acaba de hablarme, ¿qué edad tiene? —No sé... —Si usted no es la persona de la que habla, ¿es acaso dos personas en una sola? —No, mi persona no conoce a la que nació en 1779. Tal vez sea esa señora la que usted ve allá [...] —¿Qué hizo y qué le sucedió desde que es su persona? —Mi persona residió en la casa de salud de [...] Le hicieron y aún le hacen experiencias físicas y metafísicas [...] Una invisible desciende, quiere mezclar su voz con la mía. Mi persona no quiere, la rechaza suavemente. —¿Cómo son los invisibles de los que usted habla? —Son pequeños, impalpables, poco formados. —¿Cómo están vestidos? —Con una bata. —¿Qué idioma hablan? —Hablan francés; si hablaran otro idioma, mi persona no los entendería. —¿Está bien segura de verlos? —Mi persona los ve, con toda seguridad, pero metafísicamente, en la invisibilidad; jamás materialmente, pues entonces ya no serían invisibles [...] —¿Siente a veces a los invisibles en su cuerpo? —Mi persona los siente y le disgusta mucho; le han hecho toda clase de indecencias [...] —¿Cómo se encuentra en la Salpêtrière? —Mi persona se encuentra muy bien allí; el señor Pariset la trata con mucha bondad. Ella nunca pide nada a las criadas [...] —¿Qué piensa de las señoras que están con usted, en esta sala? —Mi persona piensa que han perdido la razón.[52]

[52] François Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*, *op. cit.*, pp. 121-124.

En cierto sentido, es la más formidable descripción de la existencia asilar que podamos encontrar. Una vez que se entrega el nombre al ingresar a la Salpêtrière, una vez que se constituye esa individualidad administrativa, médica, ya no queda sino "mi persona", que sólo habla en tercera persona. Esto, justamente: que la confesión no sea posible, el enunciado perpetuo en tercera persona de ese alguien que se enuncia únicamente en la forma de la persona que no es nadie [*qui n'est personne*], todo esto... Leuret ve perfectamente que ninguna de las operaciones terapéuticas que organizaba en torno del enunciado de la verdad es posible en un caso como éste; que a partir del momento en que uno ha entregado su nombre al entrar a la Salpêtrière y ya no es en el asilo más que "su persona", y deja, por consiguiente, de ser capaz de contar sus recuerdos de infancia y de reconocerse en esa identidad estatutaria, es, entonces, definitivamente apto para el asilo.

Como ven, podríamos decir que, en el fondo, la máquina asilar debe su eficacia a una serie de cosas. En primer lugar, el encuadramiento disciplinario ininterrumpido; la disimetría de poder que le es inherente; el juego de la necesidad, el dinero y el trabajo; la fijación estatutaria a una identidad administrativa en la cual uno debe reconocerse por un lenguaje de verdad. Pero podrán advertir con claridad que esa verdad no es la de la locura que habla en su propio nombre; es el enunciado de verdad de una locura que acepta reconocerse en primera persona en una realidad administrativa y médica determinada, constituida por el poder asilar. Y la operación de verdad se habrá cumplido en el momento en que el enfermo se haya reconocido en esa identidad. En consecuencia, la operación de verdad se hace como ordenamiento del discurso a esa institución de la realidad individual. Entre el médico y el paciente la verdad nunca está en juego. Lo que se da ante todo es la realidad biográfica del paciente, establecida de una vez por todas, y con la cual él debe identificarse si quiere curarse.

En esta historia de Dupré queda un último episodio, en cierto modo complementario. Veámoslo. Una vez que Leuret ha conseguido sonsacar ese relato verdadero, pero verdadero, precisamente, según cierto canon biográfico constituido por anticipado, hace algo sorprendente: libera a Dupré; dice entonces que, aunque éste sigue enfermo, ya no necesita el asilo. ¿Qué se esconde detrás de la decisión de Leuret de liberar a su paciente? En cierto sentido, sin duda, se trata de proseguir esa suerte de intensificación de la reali-

dad que constituía una de las misiones del asilo. Vale decir que también ahora vamos a ver al médico organizar en torno de su enfermo, ya libre, una serie de dispositivos que son exactamente del mismo tipo de los que ya les he mencionado. El enfermo es sorprendido en la trampa de unas historias de verdad; en un momento dado pretende saber árabe; se lo pone en una situación tal que se ve obligado a confesar que no lo sabe.[53] Se utilizan con él los mismos apremios del lenguaje que lo pusieron en aprietos en el asilo. El oficio que Leuret encuentra para Dupré, con el fin de llevarlo a la curación –en definitiva, para que el influjo de la realidad sea total sobre él–, es el de corrector de imprenta,[54] de manera que se inserta efectivamente en el orden de un lenguaje apremiante que tampoco en este caso es el lenguaje como portador de verdad, en su uso dialéctico, sino en su utilización imperativa. Es preciso que lo que lea esté de acuerdo con la ortografía estatutaria y escolar.

Del mismo modo, Leuret explica que le genera necesidades al llevarlo a la Ópera, a fin de suscitar en él el deseo de concurrir a espectáculos. De ello se desprende su necesidad de ganar dinero. Siempre se trata de esa [empresa] de reencauzamiento o identificación con la realidad a través de un juego disciplinario, ahora un juego diseminado y no concentrado e intenso como en el asilo: "He incrementado sus goces con el objeto de ampliar sus necesidades y de adquirir así numerosos medios de dirigirlo".[55]

Pero hay una razón mucho más fuerte, más sutil e interesante. De hecho, Leuret ha advertido en su paciente una cosa que se manifiesta en tres formas: el placer del asilo,[56] el placer de estar enfermo y el placer de tener síntomas. Un triple placer que, en el fondo, es el portador de la omnipotencia de la locura.

Cuando se retoma todo el desarrollo de la cura, se advierte que Leuret ha intentado, desde el inicio, atacar ese placer de la enfermedad, del síntoma, que había notado en su paciente. Desde un comienzo utiliza la famosa ducha, el chaleco de fuerza, la privación alimentaria, y estas represiones tie-

[53] François Leuret, *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, pp. 449-450.

[54] *Ibid.*, p. 449.

[55] *Ibid.*, p. 451.

[56] *Ibid.*, p. 425: "No aspira a salir del asilo y tampoco teme los tratamientos con que lo amenazamos o a los que lo sometemos".

nen una doble justificación, fisiológica y moral. La justificación moral, por su parte, responde a dos objetivos: por un lado se trata, desde luego, de hacer sentir la realidad del poder del médico contra la omnipotencia de la locura, pero también de despojar a ésta de su hedonismo, es decir aniquilar el placer del síntoma merced al displacer de la cura. Ahora bien, resulta que también en este aspecto Leuret reproduce, a mi juicio, una serie de técnicas que, sin ser objeto de reflexión o de teoría, se comprobaban en los psiquiatras de la época.

Sin embargo, Leuret muestra una singularidad, y en este punto lleva las cosas más lejos: con Dupré se encuentra ante un caso especial. Tiene un paciente que, cuando está bajo la ducha e incluso cuando le cauterizan la piel del cráneo,[57] prácticamente no protesta y considera que todo eso es muy soportable, siempre que forme parte del tratamiento.[58] Ahora bien, aquí Leuret va sin duda más lejos que la mayoría de los psiquiatras de su época, que en esencia demandaban –como señal, por otra parte, de su omnipotencia frente al paciente– que el enfermo aceptara el tratamiento sin decir una palabra. Él tiene un paciente que lo acepta y cuya aceptación, en cierto modo, forma parte de la enfermedad.

Leuret advierte que esa aceptación es una mala señal para su terapéutica: el tratamiento se reitera en el seno del delirio. Cuando lo duchan, el señor Dupré dice: "¡Aquí hay una que me insulta!"[59] Es menester, por lo tanto, ingeniarse para que el tratamiento quede desarticulado del delirio, confiscado a éste, que lo invade sin cesar. De allí la necesidad de dar a ese tratamiento un cariz particularmente doloroso, a fin de que la realidad que debe ejercer su influjo sobre el enfermo pase a través de ese rasgo.

En esta técnica encontramos unas cuantas ideas que son fundamentales: la locura está ligada a un placer; por medio de éste, el tratamiento puede integrarse a la propia locura; la incidencia de la realidad puede ser neutralizada por conducto de un mecanismo de placer intrínseco al tratamiento y, por

[57] *Ibid.*, p. 426: "Se le aplicó un hierro al rojo, una vez en la coronilla y dos veces en la nuca".

[58] *Ibid.*, p. 429: "Me pregunta entonces si tiene que ver con su tratamiento; de ser así, se resignará a todo lo que yo quiera".

[59] *Ibid.*, p. 430.

consiguiente, la cura debe actuar no sólo en el plano de la realidad, sino en el nivel del placer, y no sólo del placer obtenido por el enfermo gracias a su locura, sino del placer que le brinda su propio tratamiento.*

Entonces, cuando Leuret comprende que Dupré encuentra en el asilo toda una serie de placeres –que puede delirar a sus anchas e integrar el tratamiento a su delirio, y todos los castigos que se le imponen se reinvierten en el seno de su enfermedad–, llega a la conclusión de que es preciso sacar al enfermo del asilo y privarlo de ese placer que es el de la enfermedad, el hospital y la cura. De resultas, vuelve a ponerlo en circulación y, por ende, despoja a la cura de su elemento de hedonismo y la hace funcionar de un modo resueltamente no médico.

De tal modo, Leuret se reabsorbe por completo en su personaje de médico. Deja de desempeñar ese papel agresivo e imperioso que le tocaba en suerte y hace actuar en su lugar a una serie de colaboradores para construir escenarios del siguiente tipo: pese a su trabajo como corrector de imprenta, el señor Dupré sigue cometiendo faltas sistemáticas de ortografía, porque en su delirio aspira a simplificar ésta. Se le envía entonces una pseudocarta de contratación para un trabajo que debe procurarle mucho dinero. Dupré redacta una carta de respuesta en la que acepta esa nueva situación tan bien remunerada, pero se le escapan una o dos faltas de ortografía, de manera que el colaborador de Leuret se permite contestarle con otra misiva en la que le dice: "Sin duda lo habría contratado si usted no hubiera hecho esas espantosas faltas de ortografía".[60]

Así pues, vemos aquí que unos mecanismos similares a los introducidos en el asilo son ahora objeto de una desmedicalización radical. El personaje médico –dice el propio Leuret– se convertirá en un personaje benéfico que intentará arreglar las cosas y se situará como intermediario de esa dura realidad y el enfermo.[61] Pero, en consecuencia, el enfermo ya no podrá obte-

* El manuscrito agrega: "En todo síntoma hay a la vez poder y placer".

[60] François Leuret, *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, p. 453: "En una carta muy breve se le habían escapado 12 faltas de ortografía; lo mejor que podía hacer era no ambicionar un empleo de ese tipo".

[61] *Ibid.*, p. 454: "Dejé que la partida se iniciara; el señor Dupré se defendía lo mejor posible y luego, cuando se encontraba en una situación muy apremiante, yo acudía en su auxilio, *asumiendo el papel de conciliador*".

ner placer ni de su enfermedad, que provoca tantas consecuencias fastidiosas, ni del asilo, y ni siquiera de su médico, pues como tal éste habrá desaparecido. La cura del señor Dupré alcanza pleno éxito; finaliza en la primavera de 1839 con una curación completa. Pero Leuret señala que en las Pascuas de 1840 signos lamentables prueban que una nueva enfermedad está ganando al "enfermo".[62]

* * *

Si resumimos todo esto, podemos decir que el asilo, tal como lo vemos funcionar a través de una cura como la antes descripta, es un dispositivo de curar en el cual el accionar del médico se confunde por completo con la acción de la institución, los reglamentos y los edificios. En el fondo, se trata de una suerte de gran cuerpo único en el que las paredes, las salas, los instrumentos, los enfermeros, los vigilantes y el médico son elementos que deben desempeñar, desde luego, papeles diferentes, pero cuya función esencial es producir un efecto de conjunto. Y, según los distintos psiquiatras, el acento principal, el plus de poder, va a fijarse tan pronto sobre el sistema general de vigilancia como sobre el médico o sobre el aislamiento espacial.

En segundo término, querría señalar que el asilo fue sin duda el lugar de formación de varias series de discursos. Sobre la base de las observaciones fue posible constituir una nosografía, una clasificación de las enfermedades. Y gracias a la libre disposición de los cadáveres de los locos pudo esbozarse una anatomía patológica de la enfermedad mental. Pero, como ven, ninguno de esos discursos, ni el nosográfico ni el anatomopatológico, sirvió de guía en la formación misma de la práctica psiquiátrica. De hecho, puede decirse que esa práctica permaneció muda –aunque hubiera cierta cantidad de protocolos referidos a ella–, en cuanto a lo largo de muchos años no dio lugar a nada semejante a un discurso autónomo que fuera otra cosa que el protocolo de lo dicho y hecho. No hubo verdaderas teorías de la curación y ni siquiera tentativas de explicación de ésta; no hubo sino un corpus de maniobras, tácticas, gestos por hacer, acciones y reacciones por desencadenar, cuya tradición se perpetuó a través de la vida asilar, en la enseñanza médica, y que

[62] *Ibid.*, p. 461.

simplemente tuvo, como superficies de emergencia, algunas de esas observaciones, la más extensa de las cuales les he citado. Corpus de tácticas, conjunto estratégico: eso es todo lo que puede decirse de la manera misma de tratar a *los locos*.

En tercer lugar, creo que es preciso hablar de una tautología asilar, en el sentido de que el médico se hace dar por el propio dispositivo del asilo una serie de instrumentos cuya función esencial es imponer la realidad, intensificarla, añadirle ese complemento de poder que le permitirá influir sobre la locura y reducirla y, por lo tanto, dirigirla y gobernarla. Esos complementos de poder agregados por el asilo a la realidad son la disimetría disciplinar, el uso imperativo del lenguaje, el aprovechamiento de la penuria y las necesidades, la imposición de una identidad estatutaria en la cual el enfermo debe reconocerse, la supresión del carácter hedonista de la locura. Se trata de los complementos de realidad en virtud de los cuales la realidad, gracias al asilo y por el juego mismo del funcionamiento asilar, va a poder imponer su autoridad a la locura. Pero, como podrán ver –y por eso hablo de tautología–, todo esto: la disimetría del poder, el uso imperativo del lenguaje, etc., no es un mero complemento de poder agregado a la realidad, es la forma real de la propia realidad. Estar adaptado a lo real, [...]* querer salir del estado de locura, significa precisamente aceptar un poder reconocido como insuperable y renunciar a la omnipotencia de la locura. Dejar de estar loco es aceptar ser obediente, poder ganarse la vida, reconocerse en la identidad biográfica que han forjado para uno, es dejar de extraer placer de la locura. De modo que, como ven, el instrumento por el cual se reduce la locura, ese complemento de poder añadido a la realidad para que ésta domine la locura, es al mismo tiempo el criterio de la curación, o bien: el criterio de la curación es el instrumento por el cual se cura. Podemos decir, por lo tanto, que hay una gran tautología asilar en cuanto el asilo es lo que debe proporcionar una intensidad complementaria a *la realidad y, a la vez, ese mismo asilo es la realidad en su poder desnudo, es la* realidad médicamente intensificada, es la acción médica, el poder-saber médico que no tiene otra función que la de agente de la propia realidad.

La tautología asilar radica en ese juego del complemento de poder otorgado a la realidad, que no consiste en otra cosa que la reproducción, dentro

* Grabación: renunciar a la omnipotencia de la locura.

del asilo, de esa misma realidad. Comprenderán entonces por qué los médicos de la época pudieron decir que el asilo debía ser algo absolutamente apartado del mundo externo, que el mundo asilar de la locura debía ser un mundo absolutamente especializado y puesto por completo en manos de un poder médico definido por la pura competencia del saber –confiscación, por ende, del espacio asilar en beneficio del saber médico–, y por otra parte, por qué los mismos médicos dijeron que las formas generales del asilo debían recordar en lo posible la vida de todos los días, que los asilos debían ser similares a las colonias, los talleres, los colegios, las cárceles; vale decir que la especificidad del asilo radica en ser exactamente homogéneo a aquello de lo cual se diferencia, en virtud de la línea divisoria entre locura y no locura. La disciplina asilar es a la vez la forma y la fuerza de la realidad.

Para terminar, el último punto en que me detendré, y del cual volveremos a hablar más adelante, es que cuando se sigue con cierto detalle una cura como la de Leuret –con la salvedad, por supuesto, de que se trata de la más perfeccionada de todas las curas con cuyo testimonio contamos–, al citar simplemente los diferentes episodios sin agregar nada a lo que dice el médico y tener en cuenta el hecho de que éste no teorizó en absoluto lo que quería decir, vemos aparecer una serie de nociones, que son: el poder del médico, el lenguaje, el dinero, la necesidad, la identidad, el placer, la realidad, el recuerdo de infancia. Todo esto se inscribe decididamente en la estrategia asilar; no son, además, otra cosa que puntos de apoyo de esa estrategia. A continuación tendrán el destino que ya les conocemos; volveremos a encontrarlos en un discurso absolutamente ajeno al asilo o, en todo caso, que se presentará como extrapsiquiátrico.* Pero, antes de que adopten ese estatus de objeto o concepto, los vemos, en esa especie de cámara lenta que nos propone la cura del señor Dupré, actuar como puntos de apoyo tácticos, elementos estratégicos, maniobras, planes, nudos en las relaciones entre el enfermo y la propia estructura asilar.

Veremos a continuación cómo se independizaron para entrar en otro tipo de discurso.

* El manuscrito añade: "en efecto, allí irá a buscarlos Freud".

Clase del 9 de enero de 1974

Poder psiquiátrico y práctica de la "dirección" – El juego de la "realidad" en el asilo – El asilo, espacio médicamente marcado y la cuestión de su dirección: médica o administrativa – Las marcas del saber psiquiátrico: a) la técnica del interrogatorio; b) el juego de la medicación y el castigo; c) la presentación clínica – "Microfísica del poder" asilar – El surgimiento de la función psi y de la neuropatología – El triple destino del poder psiquiátrico.

HE MOSTRADO que el poder psiquiátrico, tomado en su forma a la vez arcaica y elemental, tal como funcionaba en esa protopsiquiatría de los treinta o cuarenta primeros años del siglo XIX, actuaba en esencia como un complemento de poder dado a la realidad.

Esto quiere decir, en primer lugar, que el poder psiquiátrico es ante todo una manera determinada de manejar, de administrar, antes de ser una cura o una intervención terapéutica: es un régimen o, mejor, por serlo y en cuanto lo es, se espera de él una serie de efectos terapéuticos: régimen de aislamiento y regularidad, uso del tiempo, sistema de carencias medidas, obligación de trabajar, etcétera.

Es un régimen, pero, al mismo tiempo –ya he insistido en este aspecto–, una lucha contra algo que es la locura esencialmente concebida en el siglo XIX –cualquiera sea, en definitiva, el análisis nosográfico o la descripción que se haga de los fenómenos de la locura– como voluntad insurrecta, voluntad ilimitada. Aun en un caso de delirio, el blanco de la lucha que recorre y anima el régimen psiquiátrico, a lo largo de todo su desarrollo, es la voluntad de creer en él, la voluntad de afirmarlo, la voluntad en el corazón de esa afirmación del delirio.

El poder psiquiátrico, por lo tanto, es dominación, tentativa de sojuzgamiento, y tengo la impresión de que la palabra más adecuada para describir ese funcionamiento del poder psiquiátrico, y que por otra parte encontramos a lo largo de los textos, de Pinel a Leuret,[1] el término que reaparece con mayor frecuencia y es, a mi juicio, muy característico de esa empresa de régimen y dominación, de regularidad y lucha al mismo tiempo, es la noción de "dirección". Noción cuya historia habría que hacer, pues su lugar de origen no es la psiquiatría; lejos de ello. Es una noción que ya lleva consigo al siglo XIX toda una serie de connotaciones correspondientes a la práctica religiosa. A lo largo de los tres o cuatro siglos previos al siglo XIX, la "dirección de conciencia" definió un campo general de técnicas y objetos a la vez.[2] Hasta

[1] Así, además de las numerosas apariciones del término "dirigir" en su *Traité médico-philosophique...*, *op. cit.* (1800), pp. XLV, 46, 50, 194, 195 y 200, Pinel dedica dos pasajes a la dirección de los alienados: sec. II, § VI, "Avantages de l'art de diriger les aliénés pour seconder l'effet des médicaments", pp. 57-58, y § XXII, "Habileté dans l'art de diriger les aliénés en paroissant se prêter à leurs idées imaginaires", pp. 92-95. Esquirol, por su parte, define el tratamiento moral como "el arte de dirigir la inteligencia y las pasiones de los alienados"; cf. "De la folie" (1816), *op. cit.*, t. I, p. 134. Leuret afirma la necesidad de "dirigir la inteligencia de los alienados y excitar en ellos pasiones capaces de desviar su delirio"; cf. *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, p. 185.

[2] A partir de la pastoral de Carlos Borromeo (1538-1584), *Pastorum instructiones ad concionandum, confessionisque et eucharistiae sacramenta ministrandum utilissimae*, Amberes, C. Plantini, 1586, se instaura, en relación con la reforma católica y el desarrollo de los "retiros", la práctica de la "dirección" o "conducción". Entre quienes fijaran sus reglas podemos mencionar a los siguientes: a) Ignacio de Loyola, *Exercitia spiritualia*, Roma, A. Bladum, 1548 (trad. francesa: *Exercises spirituels*, trad. y anotados por F. Lourel, París, Desclée de Brouwer, 1963, col. "Christus") [trad. esp.: *Ejercicios espirituales*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1996]; cf. Paul Dudon, *Saint Ignace de Loyola*, París, Beauchesne, 1934; Reverendo Padre Doncœur, "Saint Ignace et la direction des âmes", en *La Vie Spirituelle*, París, t. 48, 1936, pp. 48-54; Michel Olphe-Galliard, art. "Direction spirituelle", III, "Période moderne", en Marcel Viller *et al.* (dirs.), *Dictionnaire de spiritualité: ascétique et mystique, doctrine et histoire*, París, Beauchesne, 1957, t. III, col. 1115-1117. b) Francisco de Sales (1567-1622), *Introduction à la vie dévote* (1608), cuyo cap. 4 se convierte en el breviario de los directores: "De la nécessité d'un directeur pour entrer et faire progrès en la dévotion", en *Œuvres*, Annecy, Impr. Niérat, 1893, vol. III, pp. 22-25 [trad. esp.: *Introducción a la vida devota*, Madrid, Palabra, 1999]; cf. Francis Vincent, *Saint François de Sales, directeur d'âmes. L'éducation de la volonté*, París, Beauchesne, 1923. c) Jean-Jacques Olier (1608-1657), fundador del seminario de Saint-Sulpice. "L'es-

cierto punto, el campo psiquiátrico importó algunas de esas técnicas y objetos, junto con la práctica de la dirección. Sería toda una historia que habría que hacer. En todo caso, ahí hay una pista: el psiquiatra es alguien que dirige el funcionamiento del hospital y los individuos.

Les citaré, simplemente para marcar no sólo la existencia de esa práctica, sino la conciencia clara de ella en los mismos psiquiatras, un texto que data de 1861 y procedente del director del asilo de Saint-Yon: "Cada día, en el asilo que dirijo, alabo, recompenso, censuro, impongo, obligo, amenazo, castigo; ¿y por qué? ¿Acaso yo mismo soy un insensato? Y todo lo que hago también lo hacen mis colegas, todos, sin excepción, pues así se deduce de la naturaleza de las cosas".[3]

¿Qué objetivo tiene esa "dirección"? En este punto dejamos la clase pasada. Creo que ese objetivo consiste, en esencia, en dar a la realidad un poder apremiante. Lo cual quiere decir dos cosas.

En primer lugar, hacer, en cierto modo, que esa realidad sea inevitable, imponente, hacerla funcionar como un poder, darle ese complemento de vigor que le permita acercarse a la locura, o ese complemento de distancia que le permitirá alcanzar incluso a los individuos que huyen o se desvían de ella: los locos. Se trata, entonces, de un complemento dado a la realidad.

---

prit d'un directeur des âmes", en *Œuvres complètes*, París, éd. J.-P. Migne, 1856, col. 1183-1240.

Sobre la "dirección" es posible remitirse a las siguientes obras: Elme Marie Caro, "La direction des âmes au XVII^e siècle", en *Nouvelles études morales sur le temps présent*, París, Hachette, 1869, pp. 145-203; Henri Huvelin, *Quelques directeurs d'âmes au XVII^e siècle: saint François de Sales, M. Olier, saint Vincent de Paul, l'abbé de Rancé*, París, Gabalda, 1911. Michel Foucault vuelve a la noción de "dirección" en sus cursos en el Collège de France: *Les Anormaux...*, *op. cit.*, clase del 19 de febrero de 1975, pp. 170-171, y del 26 de febrero de 1975, pp. 187-189; ciclo 1977-1978, "Sécurité, territoire et population", clase del 28 de febrero de 1978; ciclo 1981-1982, *L'Herméneutique du sujet. Cours au Collège de France, 1981-1982*, edición establecida por Frédéric Gros bajo la dirección de François Ewald y Alessandro Fontana, París, Gallimard/Seuil, 2001, col. "Hautes Études", clases del 3 y 10 de marzo de 1982, pp. 315-393 [trad. esp.: *La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2002], así como en su clase dictada en la Universidad de Stanford el 10 de octubre de 1979, *DE*, IV, núm. 291, pp. 146-147.

[3] Hippolyte Belloc, "De la responsabilité morale chez les aliénés", en *Annales Médico-Psychologiques*, 3ª serie, t. III, julio de 1861, p. 422.

Pero al mismo tiempo –y éste es el otro aspecto del poder psiquiátrico– significa convalidar el poder ejercido dentro del asilo, en cuanto es simplemente el poder de la propia realidad. ¿Qué pretende inducir el poder intraasilar, tal como funciona dentro de este espacio acondicionado? ¿Y en nombre de qué se justifica como poder? En nombre de la realidad misma. De ese modo, encontramos a la vez el principio de que el asilo debe funcionar como un medio cerrado, absolutamente independiente de todas las presiones que pueden provenir de la familia, etc. Un poder absoluto, por lo tanto. Pero este asilo, que está enteramente separado, debe ser en sí mismo una reproducción de la realidad misma. Es preciso que los edificios se parezcan lo más posible a viviendas comunes y corrientes; es preciso que las relaciones entre la gente dentro del asilo se asemejen a las relaciones de los ciudadanos entre sí; es preciso que, en el interior del asilo, esté representada la obligación general del trabajo y se reactive el sistema de las necesidades y la economía. Entonces, duplicación del sistema de la realidad dentro del asilo.

La tautología asilar consiste, por ende, en dar poder a la realidad y fundar el poder sobre la realidad.

Pero de hecho, y para ser más precisos, ¿qué es lo que se introduce concretamente en el asilo con el nombre de realidad? ¿A qué cosa le damos poder? ¿Qué es exactamente lo que hacemos funcionar como realidad? ¿A qué se da un complemento de poder, y sobre qué tipo de realidad se funda el poder asilar? Ése es el problema, y para tratar de desentrañarlo cité la vez pasada *in extenso* la historia de una cura que me parecía absolutamente ilustrativa del funcionamiento del tratamiento psiquiátrico.

Creo que podemos identificar con precisión la manera como se introduce y funciona el juego de la realidad en el asilo. Querría resumir en forma esquemática lo que se desprende con bastante naturalidad de ello. En el fondo, ¿qué es lo que podemos identificar como la realidad en el "tratamiento moral" en general y en el tratamiento mencionado en particular?

En primer lugar, la voluntad del otro. La realidad a la cual debe enfrentarse el enfermo, la realidad a la que su atención, apartada de la voluntad insurrecta, debe plegarse y por la cual debe ser sojuzgado, es ante todo el otro, en cuanto centro de la voluntad y foco de poder, el otro en cuanto tiene y siempre tendrá un poder superior al del loco. El plus de poder está del otro lado: el otro es siempre dueño de cierta parte de poder acrecida con

respecto a la del loco. Tal es el primer yugo de la realidad al cual es preciso someter al loco.

En segundo lugar, habíamos señalado otro tipo u otro yugo de realidad para someter al loco. Era el manifestado por el famoso aprendizaje del nombre, del pasado, la obligación de la anamnesis; recuerden [cómo] Leuret, blandiendo la amenaza de ocho cubos de agua, había obligado a su paciente a contar su vida.[4] Por lo tanto: el nombre, la identidad, el pasado, la biografía recitada en primera persona y reconocida, por consiguiente, en el ritual de algo que no está lejos de la confesión. Ésa es la realidad que se impone al loco.

Tercera realidad: la realidad misma de la enfermedad o, mejor, la realidad ambigua, contradictoria, vertiginosa de la locura, pues, por un lado, en una cura moral siempre se trata de mostrar con claridad al loco que su locura es locura y que está efectivamente enfermo; forzarlo, por tanto, a abandonar todo lo que pueda ser denegación de su propia locura, someterlo a la inflexibilidad de su enfermedad real. Y al mismo tiempo, mostrarle que en el corazón de su locura no está la enfermedad sino el defecto, la maldad, la falta de atención, la presunción. En todo momento –recuerden la cura del señor Dupré– Leuret impone a su enfermo la necesidad de admitir que, en el pasado, estuvo en Charenton y no en su castillo de Saint-Maur,[5] que está verdaderamente enfermo, que tiene un estatus de enfermo. El sujeto debe someterse a esa verdad.

Pero al mismo tiempo, cuando obliga al señor Dupré a ponerse bajo la ducha, Leuret le aclara: no te hago esto para curarte porque estás enfermo; te lo hago porque eres malo, porque en ti hay cierto deseo que es inadmisible.[6] Ya saben hasta dónde llevó Leuret la táctica, pues decidió incluso hacer salir al paciente del asilo para que no encontrara en su enfermedad una fuente de placer dentro de la institución ni alimentara sus síntomas en el elemento asilar. Por consiguiente, para negar a la enfermedad su estatus de enfermedad, con todos los beneficios correspondientes, es preciso desalojar

[4] François Leuret, *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, pp. 444-446. Cf. *supra*, p. 177.

[5] *Ibid.*, pp. 441, 443 y 445.

[6] *Ibid.*, p. 431: "Ordeno que le lancen un chorro de agua sobre la cara y el cuerpo, y cuando parece dispuesto a soportar todo *en beneficio de su tratamiento*, tengo la precaución de decirle que no se trata de atenderlo sino de vejarlo y castigarlo" (las bastardillas son del autor).

de ella el *deseo malo* que la anima. Es preciso, por lo tanto, imponer la realidad de la enfermedad y, a la vez, imponer a la conciencia de la enfermedad la *realidad de un deseo no enfermo que la anima y que está en su raíz misma*. Realidad e irrealidad de la enfermedad, realidad de la no realidad de la locura: a grandes rasgos, la táctica de Leuret gira en torno de esto, y esta situación constituye el tercer yugo de realidad al cual, de una manera general, son sometidos los enfermos en el tratamiento moral.

Por último, la cuarta forma de realidad es todo lo que corresponde a las técnicas concernientes al dinero, la necesidad, el carácter imprescindible del trabajo, todo el sistema de intercambios y utilidades, la obligación de subvenir a las propias necesidades.

Creo que estos cuatro elementos –voluntad del otro, sobrepoder definitivamente situado del lado del otro; yugo de la identidad, el nombre y la biografía; realidad no real de la locura y realidad del deseo que constituye la realidad de la locura y la anula como tal; realidad de la necesidad, el intercambio y el trabajo– son como *nervaduras de realidad* que *penetran en el asilo* y, dentro de él, son los puntos sobre los cuales se articula el régimen asilar, a partir de los cuales se establecen la táctica en la lucha asilar. Y el poder asilar es, en efecto, el poder que se ejerce para hacer valer esas realidades como [la] realidad.

Me parece que la existencia de esos cuatro elementos de la realidad, o el filtro que el poder asilar efectúa en ella para dejarlos penetrar, es importante por varias razones.

La primera es que los cuatro elementos van a inscribir en la práctica psiquiátrica una serie de cuestiones que reencontraremos obstinadamente a lo largo de la historia de la psiquiatría. En primer lugar, la cuestión de la dependencia, *el sometimiento al médico en cuanto poseedor de cierto poder* insoslayable para el paciente. Segundo, ese conjunto de elementos también inscriben la cuestión o, mejor, la práctica de la *confesión*, la *anamnesis*, el relato, el reconocimiento de sí mismo. Además, inscriben en la práctica asilar el procedimiento por cuyo intermedio se planteará a toda locura la cuestión del deseo a la vez secreto e inadmisible que la hace existir realmente como tal. Y cuarto y último, inscriben, desde luego, el problema del dinero, de la compensación económica, el problema de cómo subvenir a sus propias necesidades cuando uno está loco; cómo instaurar, desde dentro de la locura,

el sistema de intercambios a partir del cual uno podrá financiar su existencia de loco. Todo esto es lo que vemos esbozarse, ya de una manera relativamente precisa, en todas esas técnicas de la protopsiquiatría.

Creo que estos elementos tienen igual importancia, no sólo por esas técnicas, esos problemas que se plantean en la historia de la psiquiatría, en el corpus de sus prácticas, [sino también]* porque a través de ellos vemos definirse lo que va a especificar al individuo curado: ¿qué es un individuo curado si no, justamente, alguien que ha aceptado los cuatro yugos de la dependencia, la confesión, la inadmisibilidad del deseo y el dinero? La curación es el proceso de sujeción física cotidiana, inmediata, producida en el asilo, y que va a constituir como individuo curado al portador de una cuádruple realidad. Y esa cuádruple realidad de la que el individuo debe ser portador –es decir, receptor– es la ley del otro, la identidad consigo mismo, la no admisibilidad del deseo, la inserción de la necesidad en un sistema económico. Cuando hayan sido efectivamente recibidos por el individuo tratado, esos cuatro elementos lo calificarán como individuo curado. El cuádruple sistema de ajuste** que, en sí mismo, por su efectuación, cura y restituye al individuo.

Ahora me gustaría abordar otra serie de consecuencias que quiero desarrollar con mayor detalle y que serán el objeto de lo que voy a decir. Esa cuádruple sujeción se concreta, entonces, dentro de un espacio disciplinario y gracias a él. En ese sentido, y hasta nuestros días, lo que les he dicho sobre el asilo no difiere tanto de lo que habríamos podido decir sobre los cuarteles, las escuelas, los orfelinatos, las prisiones, etc. Ahora bien, hay, de todas maneras, una diferencia esencial entre los establecimientos o las instituciones *que acabo de mencionar y el asilo. La diferencia radica, por supuesto, en que* el asilo es un espacio médicamente marcado.

Hasta aquí, tanto cuando hablé del régimen general del asilo como cuando hablé de la técnica de lucha, del plus de poder dado a la realidad en esa lucha intraasilar, en todo eso, para plantearlo de algún modo, ¿en qué aspecto intervenía la medicina, y por qué hacía falta un médico? ¿A qué nos referimos cuando decimos que el hospital estaba marcado médicamente? ¿Qué quiere decir que, a partir de cierto momento, y más justamente a principios

* Grabación: es igualmente importante.

** Manuscrito: "sujeción" ["*assujettissement*"] en lugar de "ajuste" ["*ajustement*"].

del siglo XIX, haya sido preciso que el lugar donde se ponía a los locos no fuera sólo un lugar disciplinario, sino además un lugar médico? En otras palabras, ¿por qué hace falta un médico para introducir ese complemento de poder de la realidad?

En concreto, deben saber que hasta fines del siglo XVIII los lugares donde se ponía a los locos, los lugares que servían para disciplinar las existencias insanas, no eran lugares médicos: ni Bicêtre,[7] ni la Salpêtrière,[8] ni Saint-Lazare,[9] y

[7] Construido en 1634 con el objeto de ser un asilo para la nobleza pobre y los soldados heridos, el castillo de Bicêtre se incorporó al hospital general creado por el edicto del 27 de abril de 1656, que disponía que "*los pobres mendigos válidos e inválidos, de uno y otro sexo, sean encerrados en un hospital para empleados en las obras, manufacturas y otros trabajos*, de acuerdo con su capacidad". Pinel asumió el 11 de septiembre de 1793 su cargo de "médico de las enfermerías" en el "empleo [pabellón particular de enfermos; J. L.] de Saint-Prix", establecido en 1660 para recibir alienados; se desempeñaría allí hasta el 19 de abril de 1795. Cf.: Paul Bru, *Histoire de Bicêtre (hospice, prison, asile), d'après des documents historiques*, París, Éd. du Progrès Médical, 1890; Frantz Funck-Brentano y Georges Marindaz, *L'Hôpital général de Bicêtre*, Lyon, Laboratoires Ciba, 1938, col. "Les Vieux Hôpitaux français"; Jean Marcel Joseph Surzur, "L'Hôpital-hospice de Bicêtre. Historique, fonctions sociales jusqu'à la Révolution française", Th. Méd. París, 1969, núm. 943; París, s. n., 1969.

[8] La Salpêtrière ["La salitrería"] debe su nombre a la fábrica de pólvora que durante el reinado de Luis XIII ocupaba su emplazamiento. El edicto del 27 de abril de 1656 la incorporó al hospital general para el "encierro de las pobres pordioseras" de la ciudad y los barrios de París, las "muchachas incorregibles" y algunas "locas". Al eliminarse su función carcelaria, el hospicio es rebautizado en 1793 como "Casa nacional de mujeres", nombre que mantiene hasta 1823. El Consejo General de los Hospitales y Hospicios del Sena, fundado en 1801 por Jean-Antoine Chaptal (1756-1832), ordena por un decreto del 27 de marzo de 1802 el traslado a la Salpêtrière de las locas internadas en el Hôtel-Dieu. Cf.: Louis Boucher, *La Salpêtrière. Son histoire de 1656 à 1790. Ses origines et son fonctionnement au XVIII^e siècle*, París, Éd. du Progrès médical, 1883; Georges Guillain y Paul Mathieu, *La Salpêtrière*, París, Masson, 1925; Léo Larguier, *La Salpêtrière*, Lyon, Laboratoires Ciba, 1939; J. Couteaux, "L'histoire de la Salpêtrière", en *Revue Hospitalière de France*, t. IX, 1944, pp. 106-127 y 215-242. En la actualidad disponemos de un estudio bien documentado: Nadine Simon y Jean Franchi, *La Pitié-Salpêtrière*, Saint-Benoît-la-Forêt, Éd. de l'Arbre à Images, 1986.

[9] Saint-Lazare, fundado en el siglo IX por hermanos hospitalarios de san Lázaro para atender a los leprosos, fue transformado el 7 de enero de 1632 por san Vicente de Paul con el fin de recibir a "las personas detenidas por orden de Su Majestad", así como a "pobres insensatos". En 1794 se convirtió en una prisión para mujeres públicas. Cf.: Eugène Pottet, *Histoire de Saint-Lazare (1122-1912)*, París, Société Française d'Imprimerie et de Librairie, 1912; Jacques

ni siquiera, en definitiva, Charenton,[10] que estaba, sin embargo, destinado de manera tan específica a curar a los locos, cosa que no sucedía con los otros establecimientos. Ninguna de estas instituciones era, a decir verdad, un lugar médico; es cierto, había médicos en ellas, pero debían cumplir un papel de médicos comunes y corrientes, encargarse de una serie de cuidados implícitos debido al estado de los individuos encerrados y a la cura misma. La curación del loco no se esperaba del médico ni se pedía a éste en cuanto tal; y el encuadramiento asegurado por un personal religioso, la disciplina que se imponía entonces a los individuos, no necesitaban un aval médico para esperar de ellos algo que debía ser la curación.

Esto, que es muy claro hasta fines del siglo XVIII, va a sufrir un vuelco en los últimos años [de ese] siglo, y en el siglo XIX encontraremos –ahora de una manera absolutamente general– la idea, por una parte, de que los locos necesitan una dirección, un régimen, y por otra, la afirmación paradójica y hasta cierto punto no implicada en la primera, de que esa dirección debe estar en manos de un personal médico. ¿Qué es esa exigencia de medicalización, en el momento en que se redefine la disciplina de la que les hablé hasta

---

Vié, *Les Aliénés et les correctionnaires à Saint-Lazare au XVII^e siècle et au XVIII^e siècle*, París, F. Alcan, 1930. Foucault se refiere a él en *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), pp. 62 y 136.

[10] El establecimiento de Charenton fue el resultado de una fundación del consejero del rey, Sébastien Leblanc, en septiembre de 1641. En febrero de 1644 fue transferido a la orden de los hospitalarios de San Juan de Dios, creada en 1537 por el portugués Jean Cindad para servir a pobres y enfermos. Cf.: Jean Monval, *Les Frères hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu en France*, París, Bernard Grasset, 1936, col. "Les Grands Ordres monastiques et Instituts religieux"; André Chagny, *L'Ordre hospitalier de Saint-Jean-de-Dieu en France*, Lyon, Lescuyer et Fils, 1953, 2 vols. Véase también Pierre Sevestre, "La maison de Charenton, de la fondation à la reconstruction: 1641-1838", en *Histoire des Sciences Médicales*, t. 25, 1991, pp. 61-71.

Cerrado en julio de 1795, el establecimiento fue reabierto y nacionalizado bajo el Directorio, el 15 de junio de 1797, a fin de reemplazar los pabellones de alienados del Hôtel-Dieu. Su dirección se confió entonces a un ex religioso de la orden regular de los premonstratenses, François de Coulmiers, y Joseph Gastaldy fue designado médico en jefe. Cf.: Charles François Simon Giraudy, *Mémoire sur la Maison nationale de Charenton, exclusivement destinée au traitement des aliénés*, París, Imprimerie de la Société de Médecine, 1804; Jean Étienne Dominique Esquirol, "Mémoire historique et statistique sur la Maison Royale de Charenton" (1835), en *Des maladies mentales...*, *op. cit.*, t. II, 1838, pp. 539-736; Charles Strauss, *La Maison nationale de Charenton*, París, Imprimerie Nationale, 1900.

aquí? ¿Quiere decir que el hospital debe ser en lo sucesivo el lugar donde se llevará a la práctica un saber médico? ¿La dirección de los locos debe estar ajustada a un saber sobre la enfermedad mental, un análisis de la enfermedad mental, una nosografía, una etiología de la enfermedad mental?

No creo. Me parece que es preciso insistir resueltamente en el hecho de que en el siglo XIX tenemos, por un lado, todo un desarrollo de las nosografías, las etiologías de las enfermedades mentales, las investigaciones anatomopatológicas sobre las posibles correlaciones orgánicas de la enfermedad mental, y por otro, el conjunto de los fenómenos tácticos de la dirección. Esa separación, esa distorsión entre lo que podríamos llamar una teoría médica y la práctica concreta de la dirección se manifiesta en muchos aspectos.

Primero, la relación que podía haber entre los individuos encerrados en un hospital y el médico, en cuanto individuo poseedor de un saber y capaz de aplicarlo al enfermo, era una relación infinitamente tenue o, si lo prefieren, por completo aleatoria. Leuret, que hacía terapias largas y difíciles de las que ya les di un ejemplo, decía que, de todos modos, no debía olvidarse que en un hospital común, un médico en jefe podía dedicar en términos generales 37 minutos por año a cada uno de sus pacientes, y aludía a un establecimiento, muy probablemente Bicêtre, donde el médico de ese rango apenas consagraba como máximo 18 minutos anuales a cada enfermo.[11] Como ven, la relación entre la población asilar y la técnica médica propiamente dicha era muy aleatoria.

Encontramos la prueba de esta distorsión, sin duda de una manera más seria, si observamos la distribución concreta de los enfermos dentro del asilo en esta época; en rigor, la distribución no tenía nada que ver con el recorte nosográfico de las enfermedades mentales, tal como se presenta en los textos teóricos. La distinción entre manía y lipemanía,[12] entre manía y monoma-

[11] François Leuret, *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, p. 185: "En un establecimiento de alienados cuyo nombre podría mencionar, la cantidad de enfermos es tan grande que, en el transcurso de todo un año, el médico en jefe no puede dedicar a cada enfermo más que 37 minutos, y en otro, donde ese número es aún más considerable [...], cada uno de ellos sólo tiene derecho, en un año, a 18 minutos del tiempo del médico en jefe".

[12] Foucault se refiere a las distinciones establecidas por Esquirol en el campo de la locura, definida como "una afección cerebral habitualmente crónica, sin fiebre, caracterizada por desórdenes de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad"; cf. Jean Étienne Dominique Es-

nía,[13] toda la serie de manías y demencias,[14] no deja huellas ni puede advertirse su efecto en la organización concreta de los asilos. En cambio, las divisiones que vemos establecerse en los hospitales son divisiones muy diferentes: la diferencia entre curables e incurables, enfermos calmos y enfermos agitados, obedientes e insumisos, capaces e incapaces de trabajar, castigados y no castigados, enfermos que deben ser objeto de una vigilancia constante o esporádica y enfermos que no necesitan vigilancia alguna. Esta distribución escandió efectivamente el espacio intraasilar, pero no sucedió lo mismo con los marcos nosográficos que los tratados teóricos comenzaban a construir.

Una prueba más de esa distorsión entre la teoría médica y la práctica asilar era el hecho de que todo lo que había sido definido como medicación posible por la teoría médica o por el análisis, ya fuera sintomatológico o anatomopatológico de la enfermedad mental, se reutilizaba muy rápida y constantemente, ya no con una finalidad terapéutica, sino en el marco de una

---

quirol, "De la folie" (1816), en *Des maladies mentales*..., *op. cit.*, t. I, p. 5. Dentro del campo delimitado por esa división tripartita de las facultades psicológicas se inscriben variedades clínicas que difieren entre sí por a) la naturaleza del desorden que afecta las facultades; b) la extensión del desorden, y c) la calidad del humor que lo afecta. Así, mientras la manía se caracteriza por "la perturbación y la exaltación de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad" ("De la manie" [1818], en *ibid.*, t. II, p. 132), en la lipemanía –neologismo creado por Esquirol a partir del radical griego λύπη, tristeza, aflicción– "la sensibilidad sufre una excitación o una lesión dolorosas: las pasiones, tristes y opresivas, modifican la inteligencia y la voluntad" ("De la monomanie" [1819], en *ibid.*, t. II, pp. 398-481).

[13] El criterio de distinción entre manía y monomanía es la extensión del desorden: general o parcial, es decir localizado en una facultad (monomanías intelectuales, instintivas, etc.), un objeto (erotomanía) o un tema (monomanía religiosa, homicida). Así, la manía se caracteriza por el hecho de que "el delirio es general y todas las facultades del entendimiento están exaltadas o perturbadas", mientras que en la monomanía "el delirio triste o alegre, concentrado o expansivo, es parcial y está circunscripto a un pequeño número de ideas y afecciones"; cf. Jean Étienne Dominique Esquirol, "De la manie", *op. cit.*, p. 133.

[14] En contraste con la manía caracterizada por la "exaltación de las facultades", el grupo de las demencias –con sus variedades "aguda", "crónica" y "senil"– se distingue por sus aspectos negativos: "La demencia es una afección cerebral, ordinariamente sin fiebre y crónica, caracterizada por el debilitamiento de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad"; cf. Jean Étienne Dominique Esquirol, "De la démence" (1814), en *Des maladies mentales*..., *op. cit.*, t. II, p. 219.

técnica de dirección. Quiero decir lo siguiente: indicaciones como la ducha o la cauterización,[15] las moxas,[16] etc., fueron ante todo recetadas en función de una concepción determinada de la etiología de la enfermedad mental o de sus correlaciones orgánicas: por ejemplo, la necesidad de facilitar la circulación sanguínea, descongestionar tal o cual parte del cuerpo, etc., pero muy pronto los métodos de ese tipo, en cuanto eran métodos de intervención desagradables para el enfermo, *se reencauzaron hacia un sistema realmente directivo*, es decir a título de castigo. Como saben, esa tendencia continúa, y el modo de utilizar el electroshock corresponde exactamente a ella.[17]

De una manera más precisa, la utilización misma de los medicamentos fue, en general, la prolongación de la disciplina asilar en la superficie del cuerpo o en su interior. ¿Qué significaba, en el fondo, bañar a un enfermo? En cierto nivel, el de la teoría, sin duda significaba asegurar una mejor circu-

[15] La cauterización o "cauterio actual" consiste en la aplicación de un hierro al rojo vivo o calentado con agua hirviente en la parte superior de la cabeza o en la nuca. Cf. Louis Valentin, "Mémoire et observations concernant les bons effets du cautère actuel, appliqué sur la tête dans plusieurs maladies", Nancy, 1815. Esquirol propicia el uso del "hierro al rojo aplicado sobre la nuca en la manía complicada con furor"; cf. Jean Étienne Dominique Esquirol, "De la folie" (1816), *op. cit.*, t. I, p. 154, y "De la manie" (1818), *op. cit.*, t. II, pp. 191 y 217. Véase asimismo Joseph Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale...*, *op. cit.*, t. II, cap. VI, "Moxa et cautère actuel", pp. 52-55.

[16] Las "moxas" son cilindros compuestos de una materia cuya combustión gradual tiene, a causa del dolor que provoca, el presunto efecto de excitar el sistema nervioso y cumplir un papel de despertar sensitivo. Cf.: Alexandre E. M. Bernardin, *Dissertation sur les avantages qu'on peut retenir de l'application du moxa...*, París, Impr. Lefebvre, 1803; Étienne Jean Georget, *De la folie...*, *op. cit.*, p. 247, que preconiza su empleo en las formas de alienación con estupor e insensibilidad; Joseph Guislain, *Traité sur les phrénopathies...*, *op. cit.*, sec. IV: "Este poderoso irritante actúa sobre la sensibilidad física por medio del dolor y la destrucción de las partes vivas, pero también obra sobre la moral por el pavor que inspira", p. 458 (ed. de 1835).

[17] Insatisfecho con la conmoción provocada por el cardiazol utilizado por el psiquiatra de Milán Laszlo von Meduna desde 1935, Ugo Cerletti (1877-1963) desarrolla el electroshock en colaboración con Lucio Bini. El 15 de abril de 1938 un esquizofrénico es sometido por primera vez a este procedimiento terapéutico. Cf. Ugo Cerletti, "L'elettroshock", en *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Reggio Emilia, vol. XVIII, 1940, pp. 209-310; "Electroshock therapy", en Arthur M. Sackler *et al.*, *The Great Physiodynamic Therapies in Psychiatry: An Historical Appraisal*, Nueva York, Harper, 1956, pp. 92-94.

lación de la sangre. ¿Qué significaba la utilización del láudano o el éter,[18] tan frecuente en los asilos entre los años 1840 y 1860? Su objetivo era, en apariencia, calmar el sistema nervioso del enfermo; de hecho, se los usaba simplemente para prolongar dentro de su cuerpo el sistema del régimen asilar, el régimen de la disciplina: asegurar la calma que se prescribía en el interior del asilo y extenderla al cuerpo del enfermo. El uso actual de tranquilizantes responde a la misma finalidad. En consecuencia, desde muy temprano se produjo en la práctica asilar esa especie de conversión de lo que la teoría médica definía como medicamento posible en elemento del régimen disciplinario. *No creo factible decir, por lo tanto, que el médico actuaba dentro del asilo* sobre la base de su saber psiquiátrico. En todo momento, lo que se presentaba como saber psiquiátrico, lo que se formulaba en los textos teóricos de la psiquiatría, sufría una reconversión en la práctica real, y no se puede decir que ese saber teórico haya tenido jamás una influencia concreta sobre la vida asilar propiamente dicha. Esto, insistamos, es cierto para los primeros años de esa protopsiquiatría, y sin duda también lo es, en gran medida, para toda la historia de la psiquiatría hasta nuestros días. Por consiguiente, ¿cómo funciona el médico y por qué hace falta un médico, si los marcos que estableció, las descripciones que propuso, las medicaciones que definió a partir de ese saber, no se llevan a la práctica y ni siquiera él los pone en juego?

¿Qué quiere decir la marcación médica de ese poder asilar? ¿Por qué es necesario que sea un médico quien lo ejerza? Me parece que la marcación

[18] A partir de la segunda mitad del siglo XIX se desarrolla el uso del éter en psiquiatría, a la vez con fines terapéuticos –sobre todo para calmar "los estados de agitación ansiosa" (Wilhelm Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Stuttgart, A. Krabbe, 1845, p. 544) [trad. esp.: *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*, Buenos Aires, Polemos, 1997]– y diagnósticos. Cf.: Henri Louis Bayard, "L'utilisation de l'éther et le diagnostic des maladies mentales", *Annales d'Hygiène Publique et Médicale*, t. 42, 83, julio de 1849, pp. 201-214; Bénédict Augustin Morel, "De l'éthérisation dans la folie du point de vue du diagnostic et de la médecine légale", en *Archives Générales de Médecine*, 5ª serie, t. 3, vol. 1, febrero de 1854: "El uso del éter es, en ciertas circunstancias precisas, un valioso medio para modificar el estado enfermizo e ilustrar al médico sobre el verdadero carácter neuropático de la afección" (p. 135). Hippolyte Brochin, art. "Maladies nerveuses", § "Anesthésiques: éther et chloroforme", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, op. cit.*, 2ª serie, t. XII, 1877, pp. 376-377.

médica dentro del asilo es en lo fundamental la presencia física del médico, su omnipresencia; en líneas generales, la asimilación del espacio asilar al cuerpo del psiquiatra. El asilo es el cuerpo del psiquiatra, alargado, distendido, llevado a las dimensiones de un establecimiento, extendido a punto tal que su poder se ejercerá como si cada parte del asilo fuera una parte de su propio cuerpo, gobernada por sus propios nervios. De manera más precisa, diré que esa asimilación entre el cuerpo del psiquiatra y el ámbito asilar se manifiesta de distintos modos.

Ante todo, la primera realidad con que el enfermo debe toparse, y que es en cierta manera aquella a través de la cual los otros elementos de la realidad van a estar obligados a pasar, es el cuerpo del psiquiatra. Recuerden las escenas que les mencioné al principio: toda terapia comienza con el surgimiento del psiquiatra en persona, en carne y hueso, que se levanta de improviso ante su paciente, sea el día de la llegada de éste o en el momento de comenzar el tratamiento, así como con el prestigio de ese cuerpo del cual bien se dice que no debe tener defectos y debe imponerse por su propia plasticidad y su propio peso. Ese cuerpo tiene que imponerse al enfermo como realidad o como elemento a través del cual va a pasar la realidad de todas las otras realidades; es el cuerpo al cual el enfermo debe someterse.

En segundo lugar, el cuerpo del psiquiatra debe estar presente por doquier. La arquitectura del asilo –tal como la definieron en las décadas de 1830 y 1840 Esquirol,[19] Parchappe,[20] Girard de Cailleux,[21] etc.– siempre se

[19] Al regreso de sus viajes por Francia, Italia y Bélgica, Esquirol lanza la discusión sobre la construcción de asilos de alienados. Ante todo en su informe, *Des établissements consacrés aux aliénés*..., *op. cit.* (1819) (reeditado en *Des maladies mentales*..., *op. cit.*, t. II, pp. 339-431), y en su artículo "Maison d'aliénés", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société*..., *op. cit.*, t. XXX, 1818, pp. 47-95 (reeditado en *ibid.*, t. II, pp. 432-538).

[20] Jean-Baptiste Parchappe de Vinay (1800-1866), designado en 1848 inspector general del Servicio de Alienados, elabora los planos de un asilo que permite la separación de las categorías de enfermos y la puesta en acción de un proyecto terapéutico; cf. *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, París, Masson, 1853. Véase Jean George Hippolyte Martel, *Parchappe. Signification de son œuvre, sa place dans l'évolution de l'assistance psychiatrique*, Th. Méd. Paris, 1965, núm. 108; París, R. Foulon & Cie., 1965.

[21] Henri Girard de Cailleux (1814-1884), nombrado el 20 de junio de 1840 médico en jefe y director del asilo de alienados de Auxerre, propone la construcción de asilos donde, de

calcula de tal manera que el psiquiatra pueda estar virtualmente en todos lados. Debe poder ver todo de una sola mirada y controlar la situación de cada uno de sus pacientes con una sola caminata; ser capaz de pasar en cualquier momento una exhaustiva revista al establecimiento, los enfermos, el personal, él mismo; debe verlo todo y estar informado de todo: lo que no puede ver por sí mismo, los vigilantes, dóciles a su voluntad, deben decírselo, de manera que el psiquiatra está a cada instante y perpetuamente omnipresente en el asilo. Abarca con su mirada, sus oídos y sus gestos todo el espacio asilar.

Además, el cuerpo del psiquiatra debe estar en comunicación directa con todos los integrantes de la administración del asilo: los vigilantes son, en el fondo, los engranajes, las manos o, en todo caso, los instrumentos directamente puestos en manos del psiquiatra. Girard de Cailleux –el gran organizador de todos los asilos construidos en la periferia de París a partir de 1860–[22] decía: "A través de una jerarquía bien entendida, el impulso dado por el médico en jefe se comunica a todas las partes del servicio; él es su regulador, pero sus subordinados son los engranajes esenciales".[23]

En suma, podríamos decir que el cuerpo del psiquiatra es el asilo mismo; en última instancia, la maquinaria del asilo y el organismo del médico deben constituir una única y la misma cosa. Es lo que decía Esquirol en su tratado

---

conformidad con los principios del tratamiento moral, se apliquen el aislamiento, la clasificación y la obligación de trabajo de los alienados. Desarrolla sus concepciones sobre todo en "De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés", en *Annales Médico-Psychologiques*, t. II, septiembre de 1843, pp. 230-260, y "De la construction, de l'organisation et de la direction des asiles d'aliénés", en *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, t. 40, segunda parte, julio de 1848, pp. 5 y 241.

[22] Designado en 1860 por Haussmann en el cargo de inspector general del Servicio de Alienados del Sena, Girard de Cailleux propone en 1861, en el marco de la reorganización del Servicio de Asistencia a los Alienados, un programa de construcción de una decena de asilos en los suburbios parisinos, según el modelo del establecimiento de Auxerre, transformado por él luego de su designación como director (véase la nota anterior). En mayo de 1867 abre sus puertas Sainte-Anne, seguido un año después por Ville-Évrard, Perray-Vaucluse en 1869 y, más adelante, Villejuif en 1884. Cf.: Georges Daumezon, "Essai d'histoire critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans le département de la Seine depuis le début du XIXe siècle", *Information psychiatrique*, t. 1, 5, 1960, pp. 6-9; Gérard Bleandonu y Guy Le Gaufey, "Naissance des asiles d'aliénés (Auxerre-Paris)", en *Annales ESC*, 1, 1975, pp. 93-126.

[23] H. Girard de Cailleux, "De la construction, de l'organisation...", *op. cit.*, p. 272.

Des maladies mentales: "El médico debe ser, en cierto modo, el principio de vida de un hospital de alienados. A través de él todo debe ponerse en movimiento; él dirige todas las acciones, llamado que está a ser el regulador de todos los pensamientos. Y hacia él, como centro de acción, debe encauzarse todo lo que interesa a los habitantes del establecimiento".[24]

En consecuencia, me parece que la necesidad de marcar médicamente el asilo, la afirmación de que éste debe ser un lugar médico, significa ante todo –primera capa de significación que podemos poner de manifiesto– que el enfermo debe estar, por así decir, ante el cuerpo omnipresente del médico; debe estar, en definitiva, envuelto en el interior del cuerpo de éste. Pero, ustedes me dirán, ¿por qué tiene que ser precisamente un médico? ¿Y por qué no puede cualquier director desempeñar ese papel? ¿Por qué es preciso que ese cuerpo individual que se convierte en el poder, ese cuerpo por el cual pasa toda realidad, sea precisamente el de un médico?

Por curioso que parezca, el problema, aunque siempre se abordó, nunca se debatió verdaderamente con todas las cartas sobre la mesa. En los textos del siglo XIX encontramos la afirmación –repetida como un principio o un axioma– de que es preciso que el asilo sea efectivamente dirigido por un médico; si éste no asume su plena dirección, el asilo carecerá de función terapéutica. Y también vemos reaparecer sin cesar la dificultad para explicar ese principio y renacer la inquietud de que, después de todo, como se trata de un establecimiento disciplinario, tal vez baste con que haya un buen administrador. De hecho, durante mucho tiempo hubo un conflicto constante entre el director médico del hospital, a cargo de la responsabilidad terapéutica, y el responsable en el plano de la intendencia, la administración del personal, la gestión, etc. El propio Pinel tenía desde el comienzo una preocupación, pues decía:

[24] Jean Étienne Dominique Esquirol, "Des maisons d'aliénés" (1818), *op. cit.*, t. II, pp. 227-228. Metáfora destinada a un magnífico porvenir. Así, en 1946, Paul Balvet, ex director del hospital de Saint-Alban e iniciador del movimiento de psiquiatría institucional, declaraba: "El asilo es homogéneo al psiquiatra que es su jefe. La condición de jefe no es un grado administrativo: es un tipo de relación orgánica con el cuerpo que uno gobierna [...]. Uno gobierna así como se dice que el cerebro gobierna los nervios. El asilo, en consecuencia, puede concebirse como el cuerpo del psiquiatra"; cf. Paul Balvet, "De l'autonomie de la profession psychiatrique", en *Documents de l'Information psychiatrique*, t. II, *Au-delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique*, París, Desclée de Brouwer, 1946, pp. 14-15.

en el fondo, estoy aquí para curar a los enfermos, pero, en definitiva, quien fue durante tantos y tan largos años el portero, el conserje, el vigilante de Bicêtre, Pussin, sabe tanto como yo; y a decir verdad, sin duda pude aprender lo que aprendí gracias a haberme apoyado en su experiencia.[25]

Trasladada a otra escala, volvemos a encontrar esta situación durante todo el siglo XIX, con la cuestión de quién debe imponerse finalmente, el administrador o el médico, en el funcionamiento del hospital. Los médicos responden, y ésta es, en definitiva, la solución adoptada en Francia: debe predominar el médico.[26] Como conclusión, la principal responsabilidad recaerá en el

[25] Nacido el 28 de septiembre de 1745 en Lons-le-Saulnier, Jean-Baptiste Pussin, luego de haber desempeñado en 1780 el cargo de jefe de la división de los "varones encerrados" en Bicêtre, es ascendido a gobernador del séptimo "empleo" o empleo de Saint-Prix, correspondiente a los "alojamientos de los alienados agitados". Pinel, designado el 6 de agosto de 1793 como médico en el hospicio de Bicêtre, lo conoce allí al asumir su puesto, el 11 de septiembre del mismo año. Nombrado el 13 de mayo de 1795 médico en jefe del hospital de la Salpêtrière, Pinel obtiene el traslado de Pussin el 19 de mayo de 1802 y trabaja con él en la sección de las locas hasta su muerte el 7 de abril de 1811. En "Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés", *op. cit.* (clase del 7 de noviembre de 1973, nota 13), Pinel elogia el saber de Pussin y le reconoce la paternidad de las "primeras elaboraciones del tratamiento moral" (p. 220). En la edición de 1809 del *Traité médico-philosophique...*, *op. cit.*, afirma que, "lleno de confianza en la rectitud y habilidad del jefe de la policía interna, le permitía el libre ejercicio del poder que él debía desplegar" (p. 226). Sobre Pussin, cf.: René Semelaigne, "Pussin", en *Aliénistes et philanthropes...*, *op. cit.*, apéndice, pp. 501-504; Elizabeth S. Bixler, "A forerunner of psychiatric nursing: Jean-Baptiste Pussin", en *Annals of Medical History*, 8, 1936, pp. 518-519. Véanse también Michel Caire, "Pussin avant Pinel", en *Information Psychiatrique*, 6, 1993, pp. 529-538; J. Juchet, "Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel à Bicêtre en 1793: une rencontre, une complicité, une dette", en Jean Garrabé (comp.), *Philippe Pinel*, París, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1994, pp. 55-70, y J. Juchet y Jacques Postel, "Le surveillant Jean-Baptiste Pussin", en *Histoire des Sciences Médicales*, t. 30, 2, 1996, pp. 189-198.

[26] Con la sanción de la ley del 30 de junio de 1838 se inicia un debate sobre la naturaleza de los poderes que rigen en los asilos. Así, el barón Haussmann, prefecto del Sena, establece el 27 de diciembre de 1860 una comisión para "el mejoramiento y las reformas que deben efectuarse en los servicios de alienados"; de febrero a junio de 1861, este organismo discute la necesidad de designar, junto al médico de asilo, a un director administrativo, o bien poner en manos de un médico director los poderes médico y administrativo, según se prevé en el artículo 13 de la ordenanza de aplicación de la ley del 18 de diciembre de 1839. El 25 de noviembre de 1861, el informe concluye que "sería especialmente deseable que la autoridad fuera única y

médico, que se desempeñará como director, y junto a él habrá una persona encargada –pero bajo su control y, hasta cierto punto, su responsabilidad– de las tareas de gestión e intendencia. Entonces, ¿por qué el médico? Respuesta: porque sabe. Pero ¿porque sabe qué, habida cuenta de que, en verdad, su saber psiquiátrico no es el que se pone efectivamente en práctica en el régimen asilar y no es el saber utilizado por el médico cuando dirige el régimen de los alienados? ¿Cómo puede decirse, entonces, que hace falta un médico para dirigir un asilo, porque el médico sabe? ¿En qué sentido ese saber es necesario? Creo que lo que se estima necesario para el buen funcionamiento del asilo, lo que hace que éste deba estar, por fuerza, marcado médicamente, es el efecto de poder complementario dado, no por el contenido de un saber sino por la marca del saber, aplicada con fuerza de ley. En otras palabras, el poder médico va a funcionar dentro del asilo, como poder necesariamente médico, por las marcas que designan en él la existencia de un saber, y sólo por ese juego de marcas, cualquiera sea el contenido efectivo del saber.

¿Cuáles son esas marcas? ¿Cómo se las hace actuar en ese protoasilo de los primeros años del siglo XIX, y cómo actuarán, por otra parte, muchos años después? Es bastante fácil seguir la serie de fórmulas en virtud de las cuales actuaban esas marcas de saber en la organización y el funcionamiento del hospital.

En primer lugar, Pinel decía:

> Cuando interrogamos a un enfermo, es preciso ante todo estar informados sobre él, saber por qué ha venido, cuáles son las quejas a su respecto, cuál ha sido su biografía; debemos hacer previamente averiguaciones en su familia o sus allegados, de tal manera que, en el momento de interrogarlo, siempre sepamos más que él o, al menos, sepamos más de lo que él se imagina y, de ese modo, cuando venga a decirnos algo que consideremos como falto de veracidad, podamos intervenir y hacer valer que sabemos de ello más que él y tachamos su decir de mentira y delirio.[27]

todos los elementos administrativos o médicos concurriesen, impulsados por una misma intención, al bien que se ha fijado como objetivo". Cf. *Rapport de la Commission instituée pour la réforme et l'aménagement du service d'aliénés du département de la Seine*, París, 1861.

[27] Philippe Pinel, *La Médecine clinique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse, ou Recueil et résultats d'observations sur les maladies aiguës, faites a la Salpêtrière* (1802), 2ª ed., París, Brosson et Gabon, 1804, pp. 5-6.

En segundo lugar, la técnica del interrogatorio clínico tal como se define de hecho, si no en teoría, no tanto por Pinel, sin duda, como por Esquirol y sus sucesores,[28] no es en modo alguno una manera determinada de obtener del enfermo una serie de informaciones con que el médico no cuenta; o, mejor: si bien es cierto que, en cierto modo, es preciso obtener del enfermo, a través del interrogatorio, una cantidad de informaciones de las que no se dispone, aquél no debe darse cuenta de que se depende de él para conseguirlas. Es necesario conducir el interrogatorio de tal forma que el enfermo no diga lo que quiera y, en cambio, responda a las preguntas.[29]* De allí un consejo absoluto: no dejar jamás al enfermo hilvanar un relato e interrumpirlo, por el contrario, con una serie de preguntas que son, a la vez, canónicas, siempre *las mismas, y se suceden en cierto orden*, pues deben hacer que el enfermo se dé cuenta de que sus respuestas no informan verdaderamente al médico; sólo dan asidero a su saber, le brindan la oportunidad de explayarse; es preciso que advierta que cada una de sus respuestas es significante dentro de un *campo de saber ya constituido por completo en la mente del médico*. El interrogatorio es una manera de sustituir, como quien no quiere la cosa, las in-

[28] Jean-Pierre Falret, por ejemplo, pone el interrogatorio en el primer plano del examen clínico, al postular el principio de que "si uno quiere conocer las tendencias, las orientaciones de espíritu y las disposiciones emocionales que son la fuente de todas las manifestaciones, no debe reducir su deber de observador al papel pasivo de secretario de los enfermos, de estenógrafo de sus palabras o narrador de sus acciones [...] El primer pincipio por seguir [...] es, por lo tanto, modificar su papel pasivo de observador de las palabras y los actos de los enfermos para asumir un papel activo y buscar, con frecuencia, provocar y hacer surgir manifestaciones que jamás aparecerían espontáneamente". Cf. Jean-Pierre Falret, "Discours d'ouverture: de la direction à imprimer à l'observation des aliénés", en *Leçons cliniques de médecine mentale faites à l'hospice de la Salpêtrière*, París, J.-B. Baillière, 1854, pp. 19-20.

[29] *Ibid.*, clase VIII, pp. 221-222: "A veces es menester llevar hábilmente la conversación a ciertos temas en los cuales se suponen relaciones con las ideas o los sentimientos enfermizos; esos diálogos calculados actúan como piedras de toque para poner al descubierto las preocupaciones mórbidas. Una gran experiencia y mucho arte suelen ser necesarios para observar e interrogar de manera conveniente a algunos aliénados". Jean-Pierre Falret, *De l'enseignement clinique des maladies mentales*, París, Impr. de Martinet, 1850, pp. 68-71.

* El manuscrito también hace referencia a una forma de interrogatorio a través del "silencio del médico" y lo ilustra con esta observación de François Leuret: "Demencia parcial con el carácter de depresión. Alucinaciones de la audición"; cf. *Fragments psychologiques sur la folie, op. cit.*, p. 153.

formaciones que se sonsacan al enfermo por la apariencia de un juego de significaciones que da al médico autoridad sobre el paciente.

Tercero, siempre para constituir esas marcas de saber que van a hacer actuar al médico como tal, es necesario hacer vigilar constantemente al enfermo, llevar un historial permanente con el fin de que, al abordarlo, sea posible mostrar en todo momento que se sabe lo que ha hecho, sus dichos de la víspera, las faltas que ha cometido, el castigo recibido. Por lo tanto, organización y puesta a disposición del médico de un sistema completo de apuntes, de notas sobre el enfermo en el asilo.[30]

Cuarto, siempre hay que poner en juego el doble registro de la medicación y la dirección. Cuando un enfermo ha hecho algo que se quiere reprimir, es preciso castigarlo, pero haciéndole creer que, si se lo castiga, es porque el castigo tiene utilidad terapéutica. Por lo tanto, el castigo debe actuar *como un remedio y, a la inversa, cuando se le aplica un remedio, hay que* imponérselo sabiendo que le hará bien, pero induciéndolo a creer que sólo se le administra para fastidiarlo y castigarlo. Ese doble juego del remedio y el castigo, esencial para el funcionamiento del asilo, sólo puede establecerse con la condición de que haya alguien que se presente como poseedor de la verdad acerca de la naturaleza de aquéllos.

Para terminar, el último elemento por medio del cual el médico va a atribuirse las marcas del saber dentro del asilo es el gran juego –que fue tan importante en la historia de la psiquiatría– de la clínica. La clínica, es decir, la presentación del enfermo en el marco de una puesta en escena en la que su

[30] Así, numerosas declaraciones insisten en la necesidad de recoger las observaciones de los enfermos en "registros" que recapitulen la historia de su enfermedad: Philippe Pinel recomienda "llevar diarios exactos de la marcha y las diversas formas que puede adoptar la alucinación durante todo su curso, desde su irrupción hasta su terminación", en *Traité médico-philosophique*..., *op. cit.* (1800), sec. VI, § XII, p. 256; Charles Françcois Simon Giraudy insiste en ello en su *Mémoire sur la Maison nationale de Charenton*..., *op. cit.*, pp. 17-22; Joseph Jacques Moreau de Tours dice: "Las informaciones obtenidas en relación con el enfermo se consignan en el registro, que también debe contener los detalles necesarios sobre la marcha de la enfermedad [...] Ese registro es un verdadero cuaderno de observaciones del cual, al final de cada año, se hace una depuración estadística que es el origen de valiosos documentos", en "Lettres médicales sur la colonie...", *op. cit.* (clase del 19 de diciembre de 1973, nota 1), p. 267. Sobre esta forma de escritura disciplinaria, véase Michel Foucault, *Surveiller et punir*..., *op. cit.*, pp. 191-193.

interrogatorio sirve para instruir a los estudiantes y donde el médico actúa en el doble registro de examinador del paciente y educador de los alumnos, de modo que será a la vez quien cura y quien es dueño de la palabra del maestro: será médico y maestro al mismo tiempo. Y [...] como ven, esta práctica de la clínica se estableció, en definitiva, de una manera muy precoz dentro de la práctica asilar.

Ya en 1817, Esquirol comienza las primeras prácticas en la Salpêtrière,[31] y a partir de 1830 tenemos enseñanzas clínicas regulares en Bicêtre[32] y la propia Salpêtrière.[33] Y por último, todo gran jefe de servicio, aunque no sea profesor, utilizará desde 1830 o 1835 ese sistema de presentación clínica de enfermos, es decir el juego entre el examen médico y la actividad profesoral. ¿Por qué es tan importante la clínica?

Tenemos, [en] uno de los que efectivamente ejercieron la clínica, Jean-Pierre Falret, una muy hermosa teoría de ésta. ¿Por qué hay que utilizar este método de la clínica?

Primero, el médico debe mostrar al enfermo que en torno de él hay una serie de personas, [la mayor cantidad de gente posible,]* que están dispues-

[31] En 1817, Esquirol abre un curso de clínica de las enfermedades mentales en la Salpêtrière, y lo dicta hasta su designación en 1826 como médico en jefe de Charenton. Cf.: René Semelaigne, *Les Grands aliénistes français*, París, G. Steinheil, 1894, p. 128; Camille Bouchet, *Quelques notes sur Esquirol*, Nantes, C. Mellinet, 1841, p. 1.

[32] En Bicêtre, Guillaume Ferrus, nombrado médico en jefe a principios de 1826, da entre 1833 y 1839 las "Leçons cliniques sur les maladies mentales" (reproducidas en la *Gazette Médicale de Paris*, t. I, 65, 1833; t. II, 39, 1834, p. 48; t. IV, 25, 1836, pp. 28, 44 y 45, y en la *Gazette des Hôpitaux*, 1838, pp. 307, 314, 326, 345, 352, 369, 384, 399, 471, 536, 552, 576, 599 y 612; 1839, pp. 5, 17, 33, 58, 69, 82, 434 y 441). Luego de la partida de Ferrus, Leuret organiza en 1840 un ciclo de lecciones clínicas que prosigue hasta 1847, parcialmente publicadas en la *Gazette des Hôpitaux*, t. II, 1840, pp. 233, 254, 269 y 295.

[33] En la Salpêtrière, Jules Baillarger (1809-1890) reanuda la enseñanza clínica en 1841. Jean-Pierre Falret, designado médico de una sección de alienados, comienza a su vez en 1843 una enseñanza clínica que se publica parcialmente en los *Annales Médico-Psychologiques*, t. IX, septiembre de 1847, pp. 232-264, y t. XII, octubre de 1849, pp. 524-579. Estas lecciones se reeditaron (con el mismo título) en *De l'enseignement clinique...*, *op. cit.* Cf. Mireille Wiriot, *L'Enseignement clinique dans les hôpitaux de Paris entre 1794 et 1848*, Th. Méd. París, 1970, núm. 334; Vincennes, Impr. Chaumé, 1970.

* Grabación: lo más numerosa posible.

tas a escuchar; por consiguiente, esa palabra del médico que, llegado el caso, puede ser recusada por el enfermo, a la cual éste tal vez no preste atención, esa palabra, sin embargo, el enfermo no puede dejar de comprobar que es efectivamente escuchada, y escuchada con respeto, por cierta cantidad de gente. El efecto de poder de su palabra se multiplicará, entonces, gracias a la presencia de los oyentes: "La presencia de un público numeroso y deferente da mayor autoridad a su palabra".[34]

Segundo, la clínica es importante porque permite al médico no sólo interrogar al paciente sino, al hacerlo o comentar sus respuestas, mostrarle que conoce su enfermedad, sabe cosas sobre su enfermedad, puede hablar de ella y hacer una exposición teórica frente a sus alumnos.[35] El estatus del diálogo que el enfermo sostenga con el médico cambiará, a sus ojos, de naturaleza; comprenderá entonces que en la palabra del médico se está formulando algo que es una verdad aceptada por todos.

Tercero, la clínica es importante porque, en cierto modo, consiste no sólo en interrogar puntualmente al enfermo, sino en hacer delante de los estudiantes la anamnesis general del caso. Así pues, se retomará frente [a ellos]* el conjunto de la vida del enfermo, se hará que él la cuente o, si no quiere hacerlo, será contada en su lugar; los interrogatorios se profundizarán y, en definitiva, el enfermo verá desplegarse ante sí –sea con su ayuda, si quiere hablar, o sin ella, si se encierra en el mutismo– su propia vida, que va a tener realidad de enfermedad, pues se ha presentado efectivamente como tal frente a estudiantes que son estudiantes de medicina.[36]

[34] Jean-Pierre Falret, *De l'enseignement clinique..., op. cit.*, p. 126.

[35] *Ibid.*, p. 127: "El relato público de su enfermedad hecho por los alienados es para el médico un auxiliar aún más valioso [...]; el médico debe ser mucho más poderoso en las condiciones completamente nuevas de la clínica, es decir cuando el profesor pone de manifiesto ante la mirada del enfermo todos los fenómenos de su enfermedad, en presencia de oyentes más o menos numerosos".

* Grabación: los estudiantes.

[36] *Ibid.*, p. 119: "Si los enfermos aceptan [...] él médico hace el historial de su enfermedad con el firme principio de no contar sino lo que está perfectamente verificado en ellos, y se detiene varias veces para preguntarles si expresa con veracidad los hechos que ellos mismos le contaron con anterioridad".

Y para terminar, al desempeñar ese papel, al aceptar ocupar el primer plano y exhibirse en conjunto con el médico, exponer su propia enfermedad y responder a sus preguntas, el enfermo, dice Falret, se dará cuenta de que complace al profesional y, hasta cierto punto, le compensa el esfuerzo que éste se toma.[37]

Como verán, los cuatro elementos de realidad de los que les hablaba hace un rato –poder del otro, ley de la identidad, confesión de lo que es la locura en su naturaleza, en su deseo secreto y, por último, retribución, juego de intercambios, sistema económico controlado por el dinero– vuelven a encontrarse en la clínica. En ella, la palabra del médico aparece como poseedora de un poder más grande que la palabra de cualquier otro, y la ley de la identidad pesa sobre el enfermo, obligado a reconocerla en todo lo que se dice sobre él, así como en la anamnesis que se hace de su vida. Al responder públicamente a las preguntas del médico, al dejarse arrancar la confesión final de su locura, el enfermo reconoce, acepta la realidad de ese deseo loco que está en la raíz de su mal. Y en cierta manera entra, por fin, en el sistema de las satisfacciones, compensaciones, etcétera.

En definitiva, podrán advertir que el gran portador del poder psiquiátrico o, mejor, el gran amplificador del poder psiquiátrico que se trama en la vida cotidiana del asilo va a ser ese famoso rito de presentación clínica del enfermo. La enorme importancia institucional de la clínica en la vida cotidiana de los hospitales psiquiátricos desde la década de 1830 hasta nuestros días se debe al hecho de que, a través de ella, el médico se erige en maestro de verdad. La técnica de la confesión y el relato se convierte en obligación institucional, la realización de la locura como enfermedad adquiere el carácter de un episodio necesario y el enfermo entra, a su vez, en el sistema de ganancias y satisfacciones obtenidas por el encargado de curar.

Así, vemos las marcas de saber magnificadas en la clínica y comprendemos por fin cómo funcionan. Son ellas, y no el contenido de una ciencia,

[37] *Ibid.*, p. 125: "Con frecuencia, el relato de su enfermedad, hecho en todas sus vicisitudes, impresiona intensamente a los alienados, que dan testimonio de su verdad con una satisfacción visible y se complacen en entrar en los mayores detalles para completar el relato, asombrados y envanecidos, en cierto modo, de que se hayan ocupado de ellos con el suficiente interés para poder conocer toda su historia".

las que permitirán al alienista actuar como médico dentro del asilo. Son ellas las que le permitirán ejercer en él un sobrepoder absoluto e identificarse finalmente con el cuerpo asilar. Esas marcas de saber lo autorizarán a constituir el asilo como una especie de cuerpo médico que cura a través de sus ojos, sus oídos, sus palabras, sus gestos, sus engranajes. Y para terminar, esas mismas marcas de saber permitirán al poder psiquiátrico desempeñar su papel concreto de intensificación de la realidad. Y en la escena clínica vemos cómo se ponen en acción no tanto contenidos de saber como marcas de saber, a través de las cuales se perfilan y actúan los cuatro tentáculos de la realidad que les he mencionado: el sobrepoder del médico, la ley de la identidad, el deseo inadmisible de la locura y la ley del dinero.

Creo que podríamos decir lo siguiente: por medio de esa identificación del cuerpo del psiquiatra y el lugar asilar, ese juego de las marcas de saber y las cuatro formas de realidad que las atraviesan, puede señalarse la formación de un personaje médico que es el polo inverso de otro personaje médico que en esos momentos comienza a asumir una figura completamente nueva, el cirujano. En el mundo médico del siglo XIX tenemos el polo quirúrgico que empezó a esbozarse con el desarrollo de la anatomía patológica; digamos, a grandes rasgos, a partir de Bichat.[38] Sobre la base de un contenido efectivo

[38] Luego de iniciarse en la cirugía en el servicio de Lyon de Marc-Antoine Petit (1762-1840) y llegar a ser en junio de 1794 alumno de Pierre Joseph Delsaut (1744-1795), cirujano del Hôtel-Dieu, Marie François Xavier Bichat (1771-1802) se dedica, luego de su designación en 1800, a la anatomía patológica, y se propone establecer relaciones definidas entre las alteraciones de los tejidos y los síntomas clínicos; cf.: *Traité des membranes en général et des diverses membranes en particulier*, París, Gabon, 1800, y sus concepciones expuestas en *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*, París, Brosson et Gabon, 1801, 4 vols. [trad. esp.: *Anatomía general aplicada a la fisiología y a la medicina*, Madrid, Imprenta de Norberto Llorenci, 1831, 4 vols.].

Pero son sobre todo Gaspard Laurent Bayle (1774-1816) y René Théophile Laënnec (1781-1826) quienes se esfuerzan por fusionar en una sola disciplina la medicina clínica y la patología anatómica. G. L. Bayle es uno de los primeros en formular la metodología de la joven escuela anatomo patológica en su tesis defendida el 4 de ventoso del año X (24 de febrero de 1802): *Considérations sur la nosologie, la médecine d'observation et la médecine pratique, suivies d'observations pour servir à l'histoire des pustules gangreneuses*, Th. Méd. Paris, núm. 70; París, Boiste (Gabon), 1802. En ella expone las ideas que desarrollará y precisará en *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, París, Gabon, 1810, y en "Considérations générales sur les secours que l'ana-

de saber, se trata aquí de identificar en el cuerpo del enfermo cierta realidad de la enfermedad y valerse de las propias manos y el propio cuerpo para anular el mal.

---

tomie pathologique peut fournir à la médecine", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société..., op. cit.*, t. II, 1812, pp. 61-78. R. T. Laënnec renueva la patología pulmonar en *De l'auscultation médiate, ou Traité du diagnostic des malades des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*, París, Brosson et Chaudé, 1819, 2 vols., cuyo principio consiste en tratar de "considerar desde el punto de vista del diagnóstico las lecciones orgánicas internas en la misma línea que las enfermedades quirúrgicas" (2ª ed., revisada y aumentada, París, Brosson et Chaudé, 1826, t. I, p. XXV) [trad. esp.: *La auscultación mediata*, Madrid, Antibióticos, 1971], y en su obra póstuma, *Traité inédit sur l'anatomie pathologique, ou Exposition des altérations visibles qu'éprouve le corps humain dans l'état de maladie*, París, F. Alcan, 1884.

Sobre Bichat, véanse las páginas de Michel Foucault en el cap. VIII, "Ouvrez quelques cadavres", de *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, París, Presses Universitaires de France, 1963, col. "Galien", pp. 125-148 [trad. esp.: *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1966]. Más en general, cf.: Jules Eugène Rochard, *Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle*, París, J.-B. Baillière, 1875; Owsei Temkin, "The role of surgery in the rise of modern medical thought", en *Bulletin of the History of Medicine*, Baltimore, vol. 25, 3, 1951, pp. 248-259; Erwin Heinz Ackerknecht, "Pariser Chirurgie von 1794-1850", en *Gesnerus*, t. 17, 1960, pp. 137-144, y *Medicine at the Paris Hospitals (1794-1848)*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967 (trad. francesa: *La Médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, trad. de F. Blateau, París, Payot, 1986, pp. 181-189; Pierre Huard y Mirko Drazen Grmeck (comps.), *Sciences, médecine, pharmacie, de la Révolution à l'Empire (1789-1815)*, París, Éd. Dacosta, 1970, pp. 140-145; Marie-José Imbault-Huart, *L'École pratique de dissection de Paris de 1750 à 1822, ou l'Influence du concept de médecine pratique et de médecine d'observation dans l'enseignement médico-chirurgical au XVIIIe siècle*, tesis de doctorado en Letras, Universidad de París I, 1973, reeditado en Lille, Université de Lille-III, 1975; Pierre Huard, "Concepts et réalités de l'éducation et de la profession médico-chirurgicale pendant la Révolution", en *Journal des Savants*, abril-junio de 1973, pp. 126-150.

Sobre Gaspard Laurent Bayle, cf. Marie-José Imbault-Huart, "Bayle, Laënnec et la méthode anatomo-clinique", *Revue du Palais de la Découverte*, núm. especial, 22 de agosto de 1981, pp. 79-89. Ulteriormente: Jacalyn Duffin, "Gaspard Laurent Bayle et son legs scientifique: au-delà de l'anatomie pathologique", en *Canadian Bulletin of Medical History*, Winnipeg, t. 31, 1986, pp. 167-184.

Sobre Laënnec, cf. Pierre Huard, "Les chirurgiens et l'esprit chirurgical en France au XVIIIe siècle", en *Clio Medica*, vol. 15, 3-4, 1981. Ulteriormente: Jacalyn Duffin, "The medical philosophy of R. Th. Laënnec (1781-1826)", *History and Philosophy of the Life Sciences*, vol. 8, 1986, pp. 195-219, y "La médecine anatomo-clinique: naissance et constitution d'une médecine moderne", en *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 109, 1989, pp. 1005-1012.

En el otro extremo de este campo encontramos el polo psiquiátrico, que actúa de una manera completamente diferente; a partir de las marcas de saber –y no del contenido del saber–, que califican al personaje médico, se trata a la sazón de hacer funcionar el espacio asilar como un cuerpo que cura por su mera presencia, sus gestos, su voluntad y, a través de ese cuerpo, dar un complemento de poder a la cuádruple forma de la realidad.

A modo de conclusión, querría decir lo siguiente: como ven, llegamos a la paradoja de la constitución muy específica de un espacio de disciplina, un dispositivo de disciplina, que difiere de todos los demás por estar médicamente marcado. Pero esa marcación médica que caracteriza el espacio asilar en comparación con todos los otros espacios disciplinarios no actúa en modo alguno como puesta en acción, dentro del asilo, de un saber psiquiátrico formulado en una teoría. En realidad, esa marcación médica es la introducción de un juego entre el cuerpo sometido del loco y el cuerpo institucionalizado, extendido a la dimensión de una institución, del psiquiatra. El asilo debe concebirse como el cuerpo del psiquiatra; la institución asilar no es otra cosa que el conjunto de las regulaciones efectuadas por ese cuerpo con respecto al cuerpo mismo del loco sometido dentro del asilo.

* * *

En este sentido podemos, creo, señalar uno de los rasgos fundamentales de lo que llamaré microfísica del poder asilar: ese juego entre el cuerpo del loco y el cuerpo del psiquiatra que está por encima de él, que lo domina, lo sobrevuela y al mismo tiempo lo absorbe. Eso, con todos los efectos propios de un juego semejante, caracteriza a mi juicio la microfísica del poder psiquiátrico.

A partir de allí es posible identificar tres fenómenos que en las próximas clases trataré de analizar con mayor precisión. El primero es el siguiente: ese poder protopsiquiátrico que he intentado definir así va a sufrir una considerable transformación, desde luego, a raíz de una serie de fenómenos –que procuraré indicarles– producidos desde las décadas de 1850 y 1860; no por ello es menos cierto que se mantiene, sobrecargado y modificado, dentro de los asilos, pero también fuera de ellos. Tenemos entonces, más o menos en el período comprendido entre 1840 y 1860, una suerte de difusión, de migración de ese poder psiquiátrico, que se expande por una cantidad de institu-

ciones, otros regímenes disciplinarios, de algún modo redoblados por él. En otras palabras, creo que hubo una diseminación del poder psiquiátrico como táctica de sujeción de los cuerpos en una física determinada del poder, como poder de intensificación de la realidad, como constitución de los individuos a la vez receptores y portadores de realidad.

Y me parece que volvemos a encontrarlo en lo que denominaré funciones psi: patológica, criminológica, etc. Reencontramos ese poder psiquiátrico, es decir, esa función de intensificación de lo real, siempre que es necesario hacer actuar la realidad como poder. Si vemos aparecer psicólogos en la escuela, la fábrica, las prisiones, el ejército, etc., es porque tercian exactamente en el momento en que cada una de esas instituciones se ve en la obligación de hacer funcionar la realidad como poder o bien de dar valor de realidad al poder que se ejerce dentro de ellas. La escuela, por ejemplo, necesita al psicólogo cuando es preciso destacar como realidad un saber que se da, se distribuye en ella, y que deja de manifestarse efectivamente ante aquellos a quienes se propone como real. Es preciso que el psicólogo intervenga en la escuela cuando el poder que se ejerce en ella deja de ser un poder real, se convierte en un poder a la vez mítico y frágil y, en consecuencia, debe intensificarse su realidad. La psicología escolar es necesaria en esta doble condición; una psicología escolar que pone de relieve las aptitudes diferenciales de los individuos, a partir de las cuales el individuo se situará en el campo del saber en un nivel determinado, como si fuera un campo real que tuviera en sí mismo su poder de coacción, pues uno debe permanecer en el lugar en que está en ese campo del saber definido por la institución escolar. Así, el saber funciona como poder, y ese poder del saber se da como realidad dentro de la cual está situado el individuo. Al cabo de la manipulación de la psicología escolar, el individuo resulta ser efectivamente el portador de una realidad que, entonces, se manifestará doble: realidad de sus aptitudes, por una parte, y realidad de los contenidos de saber que él es capaz de adquirir, por otra. Y el individuo aparecerá como individuo en el punto de articulación de esas dos "realidades" definidas por la psicología escolar. Podríamos hacer el mismo tipo de análisis con referencia a las prisiones, la fábrica, etcétera.

La función psicológica íntegramente derivada, desde un punto de vista histórico, del poder psiquiátrico, y diseminada por otros lugares, tiene el papel esencial de intensificar la realidad como poder e intensificar el poder ha-

ciéndolo valer como realidad. Ése es, a mi entender, el primer punto en el cual hay que insistir.

Ahora bien, ¿cómo se produce esa diseminación? ¿Cómo pudo ser que ese poder psiquiátrico, que parecía estar ligado de manera tan sólida al espacio asilar propiamente dicho, comenzara a derivar? ¿Cuáles fueron, en todo caso, los intermediarios? Creo que el intermediario que podemos encontrar con facilidad es, en esencia, la psiquiatrización de los niños anormales, más precisamente la de los idiotas. A partir del momento en que dentro del asilo se separó a los locos y los idiotas, comenzó a definirse una institución en la que el poder psiquiátrico, en la forma arcaica que acabo de describirles, se puso en acción.[39] Esa forma arcaica siguió siendo lo que era al principio durante años: casi un siglo, podríamos decir. Y a partir de esa forma mixta, entre la psiquiatría y la pedagogía, a partir de esa psiquiatrización del anormal, el débil mental, el deficiente, etc., se constituyó a mi entender todo el sistema de diseminación que permitió a la psicología convertirse en una suerte de redoblamiento perpetuo de todo funcionamiento institucional. La próxi-

[39] *La separación entre los alienados y los niños idiotas comienza a manifestarse en la década* de 1830, cuando asume la forma, a la vez, de declaraciones de principio y esbozos de realizaciones institucionales. Designado en 1826 en Bicêtre, Guillaume Ferrus abogaba en 1834 por la creación de "establecimientos especiales en los cuales se reuniesen todas las técnicas curativas"; cf. Gillaume Ferrus, *Des aliénés*..., *op. cit.* (clase del 19 de diciembre de 1973, nota 36), p. 190. En 1839, en un informe redactado en nombre de la Comisión Médica de los Hospitales de París, Ferrus vuelve a insistir en "la utilidad de la creación de una sección de niños en el pabellón del hospicio de Bicêtre" (citado en Désiré Magloire Bourneville, *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénerés. Rapport fait au congrès national d'Assistance publique, Lyon, juin 1894*, París, Publications du *Progrès Médical*, 1895, col. "Bibliothèque de l'éducation spéciale", IV, p. 142). Una de las primeras concreciones institucionales es la de Jean-Pierre Falret, quien luego de su designación del 30 de marzo de 1831 para desempeñarse en la Salpêtrière, decide reunir en una sección común a ochenta niñas idiotas e imbéciles. Pero la lentitud de éstas es tan grande que, en 1853, Jean-Baptiste Parchappe puede aún escribir que la presencia de jóvenes idiotas en "los asilos de alienados, si no hay pabellones especiales, presenta inconvenientes de todo tipo [...] Considero como una necesidad indispensable la creación de un pabellón de niños en los asilos de alienados"; cf. Jean-Baptiste Parchappe de Vinay, *Des principes à suivre*..., *op. cit.*, p. 89. Sobre este punto, véase el historial de Désiré Magloire Bourneville, *Assistance, traitement et éducation*..., *op. cit.*, cap. 1, "Aperçu historique de l'assistance et du traitement des enfants idiots et dégénerés", pp. 1-7. Cf. *infra*, clase del 16 de enero de 1974.

ma vez, entonces, me gustaría hablarles de esto, la organización, el establecimiento de la psiquiatrización de los idiotas.

A continuación, a partir de esa protopsiquiatría hay otros fenómenos que *también querría señalar. La otra serie de fenómenos es la siguiente: mientras* en la psiquiatrización de los idiotas el poder psiquiátrico, tal como lo he descripto, mantiene su valor casi sin moverse, dentro del asilo, en cambio, pasan una serie de cosas fundamentales y esenciales, un doble proceso en el cual es muy difícil, por lo demás (como en toda batalla), saber quién empezó, quién tuvo la iniciativa e incluso quién es el vencedor. ¿Cuáles son esos dos procesos gemelos?

En primer lugar, algo esencial en la historia de la medicina, que es la aparición de la neurología, más exactamente de la neuropatología, a partir del momento en que empezaron a disociarse de la locura unos cuantos trastornos a los cuales podía atribuirse en concreto una fuente neurológica y una etiología neuropatológica, hecho que permitía distinguir a quienes estaban realmente enfermos en el plano corporal y aquellos en quienes no se podía encontrar ninguna asignación etiológica en lo concerniente a lesiones orgánicas.[40] Lo cual planteaba el problema de la seriedad, la autenticidad de la enfermedad mental; y comenzaba a circular la sospecha de si, después de todo, había que considerar seria una enfermedad mental que no tenía correlación anatómica.

Y frente a ello –correlativamente a esa sospecha que la neurología empezaba a formarse con respecto a todo el mundo de la enfermedad mental– tenemos todo el juego de los enfermos que no dejaron de responder en términos de verdad y mentira a lo que era el poder psiquiátrico. Al poder psiquiátrico que decía: no soy más que un poder y deben aceptar mi saber en el mero nivel de sus marcas y sin ver jamás los efectos de su contenido, los enfermos respondían mediante un juego que era el de la simulación. Cuando los mé-

[40] En la década de 1880, cuando la nosología de los trastornos neurológicos llega a su punto culminante, el campo de las neurosis se libera de la masa de síntomas orgánicos (parálisis, anestesia, trastornos sensoriales, algias, etc.), de los cuales se hará cargo la nueva clínica neuropatológica, dedicada al estudio de las lesiones localizables de los nervios de la médula y las estructuras especializadas del encéfalo. Lo que queda de ese campo tiende, hacia 1885-1890, a organizarse alrededor de cuatro grandes grupos clínicos: a) neurosis coreicas (coreas histéricas, baile de san Vito), b) neurastenia, c) histeria, y d) obsesiones y fobias.

dicos aportaron por fin un nuevo contenido de saber, que era el saber neuropatológico, aquéllos respondieron mediante otro tipo de simulación que consistió, en líneas generales, en *la gran simulación de las enfermedades nerviosas*: epilepsia, parálisis, etc., por parte de las histéricas. Y todo eso: el juego, esa especie de perpetua búsqueda entre los enfermos, que no dejaban de tender trampas al saber médico en nombre de cierta verdad y en cierto juego de mentiras, y los médicos, que trataban constantemente de pescarlos en la trampa de un saber neurológico de los signos patológicos, un saber médico serio, atravesó finalmente, como una lucha real entre médicos y enfermos, toda la historia de la psiquiatría del siglo XIX.

Para terminar, el último punto es saber de qué manera se reiteraron, fuera de la institución asilar, los principales elementos que vimos formarse dentro del poder psiquiátrico y que eran sus puntos de apoyo, es decir, esos elementos de realidad, la ley del poder del otro, el prestigio atribuido a la palabra del médico, la ley de la identidad, la obligación de la anamnesis, el intento de desalojar el deseo loco que constituye la realidad de la locura, el problema del dinero, etc.; cómo se pusieron esos elementos en juego dentro de una práctica que se decía no psiquiátrica y era el psicoanálisis, en el cual se advierte, empero, cuando se retoman sus distintos elementos, hasta qué punto estaban éstos inscriptos en el interior mismo del poder psiquiátrico, [y que] fue el juego del poder psiquiátrico dentro de la disciplina asilar el que comenzó a aislarlos y a hacerlos surgir.[41]

De modo tal que tenemos, por decirlo así, un triple destino del poder psiquiátrico. Luego de los años 1840-1860 lo vemos persistir durante mucho tiempo en su forma arcaica en la pedagogía de la debilidad mental. Lo encontramos en elaboración y actuante dentro de sí mismo en el asilo, por el juego de la neurología y la simulación. Y el tercer destino es su recuperación dentro de una práctica que no se presenta, sin embargo, como exactamente psiquiátrica.

[41] El análisis de Foucault se inspira aquí en Robert Castel, *Le Psychanalysme*, París, Maspero, 1973, col. "Textes à l'appui" [trad. esp.: *El psicoanalismo. El orden psicoanalítico y el poder*, México, Siglo XXI, 1980], del cual escribe, en el manuscrito de la clase del 7 de noviembre de 1973: "*Es un libro radical porque, por primera vez, sólo se especifica el psicoanálisis* dentro de la práctica y el poder psiquiátricos".

Clase del 16 de enero de 1974

Los modos de generalización del poder psiquiátrico y la psiquiatrización de la infancia – I. La especificación teórica de la idiotez. El criterio del desarrollo. Surgimiento de una psicopatología de la idiotez y del atraso mental. Édouard Seguin: el instinto y la anomalía – II. La anexión institucional de la idiotez por el poder psiquiátrico. El "tratamiento moral" de los idiotas: Seguin. El proceso de internación y estigmatización de los idiotas como peligrosos. El recurso al concepto de degeneración.

QUERRÍA TRATAR de señalar los puntos y las formas de generalización del poder psiquiátrico, generalización que a mi juicio se produce de manera bastante precoz. No creo que esa generalización sea un hecho contemporáneo, uno de los efectos de la práctica psicoanalítica. Me parece que desde muy temprano hubo cierta difusión del poder psiquiátrico, una transmisión que es arcaica por su fecha y, desde luego, tiene el efecto de transmitir una forma de ese poder que también lo es.

A mi entender, esta difusión del poder psiquiátrico se efectuó a partir de la infancia o, mejor, a partir de su psiquiatrización. Encontramos, por supuesto, esbozos, formas de esa generalización en una serie de otros personajes que no son el del niño –por ejemplo, con respecto al criminal, y desde fecha bastante temprana, con la elaboración a la vez de las pericias psiquiátrico legales y de la noción de monomanía–, pero me parece que en todo el siglo XIX el soporte de la difusión del poder psiquiátrico fue sobre todo la infancia; el niño, mucho más que el adulto.

En otros términos, creo –en todo caso, es una hipótesis que me gustaría poner a prueba frente a ustedes– que el principio de difusión de ese poder

psiquiátrico debe buscarse por el lado de los pares hospital-escuela, institución sanitaria (institución pedagógica, modelo de salud)-sistema de aprendizaje. Y querría poner de relieve [...] una de esas frases breves y fulgurantes como son del gusto de Canguilhem. Éste ha escrito, en efecto: "Normal es el término mediante el cual el siglo XIX designará el prototipo escolar y el estado de salud orgánica".[1] Creo, en definitiva, que esa difusión del poder psiquiátrico se hizo por el lado de la elaboración del concepto de "normal".

Cabría esperar, naturalmente, que esa psiquiatrización de la infancia se hubiera hecho por dos caminos que parecen estar dictados de antemano: por *una parte, el camino del descubrimiento del niño loco, por otro,* la *puesta* de manifiesto de la infancia como lugar de fundación, lugar de origen de la enfermedad mental.*

Ahora bien, mi impresión es que las cosas no pasaron precisamente así. *De hecho, creo que el descubrimiento del niño loco fue, en definitiva,* algo tardío y mucho más el efecto secundario de la psiquiatrización del niño que su lugar de origen. El niño loco aparece, a mi juicio, bastante tarde en el siglo XIX;[2] lo vemos surgir en torno de Charcot, es decir en torno de la histe*ria, hacia la década de 1880, y no entra a la psiquiatría por la vía regia* del asilo sino a través de la consulta privada. Los primeros niños que vemos aparecer en el *dossier* de la historia de la psiquiatría pertenecen a la clientela privada; son, en general, en lo concerniente a Charcot, niños embrutecidos de grandes duques rusos o niñas de América Latina un poco histéricas.[3] Es-

[1] Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique* (1943), 2ª ed. revisada, París, Presses Universitaires de France, 1972, col. "Galien", p. 175 [trad. esp.: *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI, 1986].

* El manuscrito aclara: "por el juego de las anamnesis, del interrogatorio de los enfermos y sus familiares, de los relatos de su vida".

[2] En 1856, Claude Stephen Le Paulmier presenta un estudio específicamente dedicado al niño loco: *Des affections mentales chez les enfants, et en particulier de la manie*, Th. Méd. Paris, núm. 162; París, Impr. Rignoux, 1856. Paul Moreau de Tours (1844-1908) publica lo que puede considerarse como el primer tratado de psiquiatría infantil: *La Folie chez les enfants*, París, J.-B. Baillière, 1888.

[3] Desde su viaje a Rusia en 1881 para atender a la hija de un ex alcalde de Moscú y a la de un gran duque de San Petersburgo, Charcot comenzó a recibir en las consultas privadas de *su mansión del bulevar Saint-Germain a varios niños pertenecientes a medios rusos de fortu-*

coltados además por sus padres para constituir una trinidad, estos niños aparecen en las consultas de Charcot en la década de 1880. Y lo que permitió el señalamiento del niño loco durante el siglo XIX no fue en absoluto el fortalecimiento de las disciplinas familiares ni la instauración de las disciplinas escolares.

Por otra parte, esas anamnesis, esos relatos autobiográficos que el poder psiquiátrico obligaba a hacer a los enfermos durante todo el siglo XIX, tampoco fueron, curiosamente, los factores conducentes a la revelación de una relación fundamental, privilegiada, fundacional, entre la infancia y la locura. Cuando se pedía a los enfermos que contaran su vida, no era en modo alguno para tratar de explicar su locura a partir de lo sucedido en su infancia, sino para aprehender en esa infancia una locura en cierto modo ya constituida o, en todo caso, signos precursores, marcas de tendencia a la locura que ya estigmatizaban la infancia, en la cual se buscaban además señales de predisposición hereditaria. Y a través de las anamnesis tampoco se interrogaba el contenido loco de la experiencia infantil. Por lo tanto, el niño loco, el niño en cuanto objeto de psiquiatría, aparece tardíamente, y la infancia, en su relación fundamental con la locura, no es interrogada de manera precoz.

Yo diría entonces –tal es la hipótesis que quiero considerar– que la psiquiatrización del niño, por paradójico que parezca, no pasó por el niño loco o la locura infantil, por la relación constitutiva entre la locura y la infancia. Me parece que la psiquiatrización del niño pasó por un personaje muy distinto: el niño imbécil, el niño idiota, a quien pronto se calificaría de retrasado, es decir un niño sobre el cual se tomó la precaución [...]* desde el inicio, desde los primeros treinta años del siglo XIX, de aclarar que no era

---

na, víctimas de afecciones nerviosas. Como revela un corresponsal parisino: "Su clientela rusa en París es muy considerable" (*Le Temps*, 18 de marzo de 1881, p. 3). Ni esos casos ni los correspondientes a niños latinoamericanos tuvieron un destino de publicación. La excepción es una joven "israelita rusa" de 13 años mencionada en una clase: "De l'hystérie chez les jeunes garçons", en *Progrès Médical*, t. X, 50, 16 a 23 de diciembre de 1882, pp. 985-987, y 51, 24 a 31 de diciembre de 1882, pp. 1003-1004, así como los casos de la señorita A., de 15 años, y S., de 17, originarios de Moscú y mencionados en *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, t. III, clase VI, pp. 92-96. Véase Alexei Lubimov, *Le Professeur Charcot*, trad. de L. A. Rostopchine, San Petersburgo, Souvorina, 1894.

* Grabación: de decir.

un loco.[4] La psiquiatrización del niño se hace por intermedio del niño no loco, y a partir de ello se produce la generalización del poder psiquiátrico.

¿Qué es esa psiquiatrización de la infancia por intermedio de un niño a quien se califica de no loco?

Creo que podemos señalar dos procesos que, al menos en apariencia, son muy divergentes. Uno es de orden puramente teórico. Podemos analizarlo sobre la base de los textos médicos, las observaciones, los tratados de nosografía. Ese proceso es la elaboración teórica de la noción de imbecilidad o de idiotez como fenómeno absolutamente distinto de la locura.

Para resumir las cosas de manera muy esquemática, podemos decir que hasta fines del siglo XVIII, lo que se denominaba imbecilidad, estupidez o, ya, idiotez, no tenía ningún carácter distintivo con respecto a la locura en general. No era otra cosa que un tipo de locura que, desde luego, se distinguía de otros tipos pero, de todas formas, pertenecía a la categoría general de la locura. Había, por ejemplo, una suerte de gran oposición entre la locura que tenía la forma del "furor",[5] es decir de la violencia, la agitación temporaria o, por decirlo así, una locura en forma de "más", y una locura en forma de "menos" que era, por el contrario, del tipo del abatimiento, la inercia, la falta de agitación,[6] y se

[4] Así, Esquirol, a la vez que se refiere a la idiotez dentro de las enfermedades mentales, pone distancia con respecto a cualquier asimilación del idiota al alienado, al sostener que "la idiotez no puede confundirse con la demencia y las demás alienaciones mentales, a las cuales, por otra parte, pertenece en virtud de la lesión de las facultades intelectuales y morales". Cf. Jean Étienne Dominique Esquirol, art. "Idiotisme", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société*..., *op. cit.*, t. XXIII, 1818, p. 509. Del mismo modo, Jacques Étienne Belhomme (*1800-1880*), asociado a la sección de idiotas en el servicio de Esquirol en la Salpêtrière, afirma que "esta afección pertenece exclusivamente a la infancia, y cualquier enfermedad mental que muestre, luego de la pubertad, fenómenos similares a ella, deberá distinguirse de ésta con cuidado". Cf. Jacques É. Belhomme, *Dissertation inaugurale présentée et soutenue à la faculté de Médecine de Paris, le 1er juillet 1824*, París, Germer-Baillière, 1843, p. 52.

[5] "El furor es una exaltación de las fuerzas nerviosas y musculares, excitado por una percepción ilusoria, una reminiscencia o una idea falsa y caracterizado por una exasperación, una ira violenta contra objetos o individuos presentes o ausentes, causas o testigos del acontecimiento. Los accesos de furor son verdaderos paroxismos del delirio, que varían por su duración y la frecuencia de su retorno" (Étienne Jean Georget, *De la folie*..., *op. cit.*, pp. 106-107).

[6] Así sucede con la oposición trazada por Joseph Daquin entre el "loco extravagante" y el "loco estúpido": "El loco extravagante va y viene y se encuentra en una agitación corporal con-

la denominaba "demencia",[7] "estupidez",[8] imbecilidad, etc. O bien se definía la imbecilidad, la estupidez, como una forma particular en toda una se-

tinua, no teme ni peligros, ni amenazas [...] En el loco imbécil, los órganos intelectuales parecen faltar por completo; se conduce por los impulsos de otro, sin ningún tipo de discernimiento". Joseph Daquin, *La Philosophie de la folie...*, *op. cit.* (1791), p. 22; ed. de 1987, p. 50.

[7] William Cullen (1710-1790), por ejemplo, habla de "demencia innata", definida como una "imbecilidad del espíritu para juzgar, en virtud de la cual los hombres no perciben o no recuerdan la relación de las cosas entre sí". Cf. William Cullen, *Apparatus ad nosologiam methodicam, seu Synopsis nosologiae methodicae in usum studiosorum*, cuarta parte, "Vesaniae", Edimburgo, W. Creech, 1769. Según señala Désiré Magloire Bourneville (1840-1909) en *Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie*, t. I, *De l'idiotie*, París, Lecrosnier & Babé, 1891, p. 4, Jean-Michel Sagar (1702-1778) consagra una página y media a una forma de imbecilidad que denomina *amentia* en su obra *Systema morborum symptomaticum secundum classes, ordines, genera et species*, Viena, Kraus, 1776. François Fodéré ya declaraba que "la demencia innata me parece lo mismo que el idiotismo", y la definía como una "obliteración total o parcial de las facultades afectivas, sin apariencia alguna de facultades intelectuales, innatas o adquiridas". Cf. François Fodéré, *Traité du délire...*, *op. cit.*, t. I, pp. 419-420.

[8] Así: a) Thomas Willis aísla con el nombre de *stupiditas sive morosis* una clase de enfermedades mentales en el cap. XIII de su *De Anima Brutorum, quae hominis vitales ac sensitiva est [...]*, Londres, R. Davis, 1672; trad. inglesa: *Two Discourses Concerning the Soul of Brutes, Which Is That of the Vital and Sensitive of Man*, edición establecida por S. Pordage, Londres, Harper & Leigh, 1683. Ese cap. XIII, "Of stupidity or foolishness", se reproduce en Paul Cranefield, "A seventeenth-century view of mental deficiency and schizophrenia: Thomas Willis on 'Stupidity or foolishness'", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 35, 4, 1961, pp. 291-316; cf. p. 293: "La estupidez o *Morosis*, aunque compete sobre todo al alma racional y significa una falta del intelecto o del juicio, no es, empero, impropiamente incluida entre las enfermedades de la cabeza o del cerebro, visto que 'ese eclipse del alma superior proviene de un daño infligido a la imaginación y la memoria'" (trad. de J. L.). Michel Foucault se refiere a ello en su *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), pp. 270-271 y 278-280. Cf. Jean Vinchon y Jacques Vié, "Un maître de la neuropsychiatrie au XVII^{e} siècle: Thomas Willis (1662-1675)", en *Annales Médico-Psychologiques*, 12ª serie, t. II, julio de 1928, pp. 109-144. b) François Boissier de Sauvages (1706-1767), *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species, juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem*, t. II, Amsterdam, De Tournes, 1763 (versión francesa: *Nosologie méthodique, ou Distribution des maladies en classes, en genres et en espèces suivant l'esprit de Sydenham et l'ordre des botanistes*, trad. de Gouvion, Lyon, Buyset, 1771); el cap. dedicado a la *amentia* distingue una octava especie: *amentia morosis* o estupidez: "Imbecilidad, morosidad, necedad, estupidez: es una debilidad, una lentitud o abolición de la facultad de imaginar o juzgar, sin estar acompañada de delirio" (p. 340). Cf. Lester Snow King, "Boissier de Sauvages and eighteenth-century noso-

rie en la cual podíamos encontrar la manía, la melancolía, la demencia.[9] A lo sumo, se puede [identificar]* cierta cantidad de indicaciones según las cuales la idiotez era una enfermedad más fácil de comprobar en los niños; la demencia, en cambio, pese a ser una enfermedad muy semejante en su contenido, sólo se produciría a partir de cierta edad.[10]

Cualquiera que sea el lugar que la imbecilidad o la idiotez ocupen en los cuadros nosográficos –que se trate, por lo tanto, de una noción amplia opuesta en general a la agitación y al furor, o que sea una noción precisa–, es

---

logy", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 40, 1, 1966, pp. 43-51. c) Jean-Baptiste Théophile Jacquelin Dubuisson (1770-1836) define el "idiotismo" como "un estado de estupor o de abolición de las funciones intelectuales y afectivas, del cual resulta un embotamiento más o menos completo"; cf. Jean-Baptiste Dubuisson, *Des vésanies ou maladies mentales*, París, Méquignon, 1816, p. 281. d) Georget añade a los tipos de alienación definidos por Pinel un "cuarto género que podría designarse con el nombre de estupidez", caracterizado por "la ausencia accidental de la manifestación del pensamiento, sea que el enfermo no tenga ideas o que no pueda expresarlas"; cf. Étienne Jean Georget, *De la folie*..., *op. cit.*, p. 115. Cf. Antoine Ritti, art. "Stupeur – Stupidité", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, *op. cit.*, 3ª serie, t. XII, 1883, pp. 454-469.

[9] Boissier de Sauvages, por ejemplo, inscribe el *ingenii imbecillitas* en la XVIII clase de su nosografía consagrada a la *amentia*; cf. *Nosologie*..., *op. cit.*, t. II, pp. 334-342. Para Joseph Daquin, "las palabras demencia e imbecilidad son prácticamente sinónimos, con la diferencia, sin embargo, de que la *primera es una privación absoluta de razón, mientras* que la *segunda sólo* es un debilitamiento de ésta"; cf. *La Philosophie de la folie*..., *op. cit.* (1791), p. 51.

* Grabación: encontrar.

[10] Jacques Étienne Belhomme: "*Se distinguirá con facilidad la idiotez de la demencia* [...] La una comienza con la vida o en una edad que precede el desarrollo completo de la inteligencia; la otra se manifiesta luego de la pubertad; la primera corresponde exclusivamente al niño, la segunda es sobre todo una enfermedad de la vejez"; cf. Jacques Étienne Belhomme, *Essai sur l'idiotie. Propositions sur l'éducation des idiots mise en rapport avec leur degré d'intelligence*, París, Didot Jeune, 1824, pp. 32-33. Sobre el historial de las concepciones de la idiotez, cf.: Onésime-Édouard Seguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés ou retardés dans leur développement*, París, J.-B. Baillière, 1846, pp. 23-32; Désiré Magloire M. Bourneville, *Assistance, traitement et éducation*..., *op. cit.*, cap. I, "Aperçu historique de l'assistance et du traitement des enfants idiots et dégénerés", pp. 1-7; Leo Kanner, *A History of the Care and Study of the Mentally Retarded*, Springfield, Ill., C. C. Thomas, 1964; Gaby Netchine, "Idiots, débiles et savants...", *op. cit.*, pp. 70-107; Renate Myrvold, *L'Arriération mentale, de Pinel à Binet-Simon*, Th. Méd. Paris, 1973, núm. 67.

sorprendente, pese a todo, ver a la imbecilidad incluida dentro de la locura en una época en que, justamente, la característica esencial de ésta era el delirio, es decir el error, la falsa creencia, la imaginación desvergonzada, la afirmación sin correlato en la realidad.[11] Empero, si bien es cierto que la locura se define en esencia por ese núcleo delirante, ¿puede considerarse la idiotez, la imbecilidad, como parte de esa gran familia de los delirios? Ocurre que, de hecho, la imbecilidad se asimila por su naturaleza –junto con la demencia, por lo demás– a una suerte de delirio que ha llegado a su punto más agudo, el momento en que termina por desaparecer, cuando, llevado a su punto extremo de exasperación y violencia, cae sobre sí mismo, se hunde y se anula como delirio; y lo hace de manera tardía, en la demencia, o bien mucho más precozmente en el caso de la idiotez. La imbecilidad es –en esa nosografía del siglo XVIII– el error del delirio, pero tan generalizado, tan total, que ya no es capaz de concebir la más mínima verdad, de formarse la más mínima idea; en cierto modo, es el error convertido en obnubilación, el delirio caído en su propia noche. Y esto es, en términos generales, lo que aún decía en 1816, y por ende en una fecha bastante tardía, un psiquiatra contemporáneo de Pinel, Jacquelin Dubuisson, con referencia al idiotismo:

> El idiotismo es un estado de estupor o de abolición de las funciones intelectuales y afectivas, del cual resulta su embotamiento más o menos completo; a menudo también se le suman alteraciones en las funciones vitales. Ese tipo de alienados, desposeídos de las sublimes facultades que distinguen al hombre pensante y social, quedan reducidos a una existencia puramente maquinal que transforma su condición en abyecta y miserable. *Causas.* Esas causas son, poco más o menos, las mismas que en la demencia, de la que el idiotismo sólo difiere por una alteración más intensa y profunda de las funciones dañadas.[12]

[11] Cf.: Jean Étienne Dominique Esquirol, art. "Délire", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société…, op. cit.*, t. VIII, 1814, p. 255: "El delirio apirético [sin fiebre; J. L.] es el signo patognomónico de las vesanias"; Étienne Jean Georget, *De la folie…, op. cit.*, p. 75: "El síntoma esencial de esta enfermedad […] consiste en desórdenes intelectuales a los cuales se ha dado el nombre de delirios; no hay locura sin delirio". Michel Foucault señala que para la medicina del siglo XVIII "existe un delirio implícito en todas las alteraciones de la mente"; cf. *Histoire de la folie…, op. cit.* (1972), p. 254.

[12] Jean-Baptiste Théophile Jacquelin Dubuisson, *Des vésanies…, op. cit.*, p. 281.

El idiotismo, en consecuencia, no es de ningún modo esa suerte de fondo primordial y elemental a partir del cual pueden desarrollarse otros estados patológicos, más violentos o más intensos; por el contrario, es la forma absoluta, total, de la locura. Es el vértigo de la locura, y gira tan rápido sobre sí mismo que ya no puede percibirse ninguno de los elementos, de las creencias del delirio; es la ausencia de color, por el remolino de los colores sobre sí mismos. En el idiotismo se circunscribe ese efecto de "obnubilación" de todo pensamiento e incluso de toda percepción, que, pese a su ausencia de síntomas, lleva a concebirlo en esa época como una categoría del delirio.[13] Tal es, por decirlo de algún modo, la situación teórica, apresuradamente reconstruida, a fines del siglo XVIII.

¿Cómo se producirá la elaboración de la nueva noción de idiotez, retraso mental, imbecilidad, en los cuarenta primeros años del siglo XIX, es decir desde Esquirol hasta Seguin en 1843? También en este caso me refiero simplemente a textos, a elaboraciones teóricas; nada por el lado de las instituciones ni de las prácticas reales.

Creo que en los textos psiquiátricos teóricos de principios del siglo XIX podemos fijar dos grandes momentos de la elaboración del concepto de idiotez.* El momento caracterizado por Esquirol y sus textos de los años 1817, 1818, 1820,[14] y el libro de Belhomme que data de 1824.[15] En ese

[13] Philippe Pinel clasifica el "idiotismo" entre las "especies" de la alienación mental: *Traité médico-philosophique..., op. cit.* (1800), sec. IV, pp. 166-176, "Division de l'aliénation mentale en espèces distinctes. Cinquième espèce d'aliénation: idiotisme ou oblitération des facultés intellectuelles et affectives".

* El manuscrito dice con referencia a ello: "La especificación de la idiotez con respecto a la demencia –vale decir, la forma o la fase de las enfermedades mentales a la que más se acerca– se efectuó en dos tiempos".

[14] Jean Étienne Dominique Esquirol, art. "Hallucinations", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société..., op. cit.*, t. XX, 1817, pp. 64-71; art. "Idiotisme", en *ibid.*, t. XXIII, 1818, pp. 507-524; "De l'idiotie" (1820), en *Des maladies mentales..., op. cit.*, t. II, pp. 286-397.

[15] Se trata de la tesis de Jacques Étienne Belhomme, defendida el 1° de julio de 1824: *Essai sur l'idiotie. Propositions sur l'éducation des idiots mise en rapport avec leur degré d'intelligence*, Th. Méd. Paris, núm. 125; París, Didot Jeune, 1824; reeditada con algunas correcciones, París, Germer-Baillière, 1843.

momento vemos aparecer una noción de la idiotez que es muy novedosa e imposible de encontrar en el siglo XVIII. Esquirol la define así: "La idiotez no es una enfermedad, es un estado en el cual las facultades intelectuales jamás se han manifestado o no han podido desarrollarse lo suficiente".[16] Y Belhomme, en 1824, reitera casi textualmente la misma definición; dice que "la idiotez es [...] un estado constitucional en el que las funciones intelectuales no se han desarrollado nunca".[17]

Esta definición es importante porque introduce la noción de desarrollo; hace de éste o, mejor, de su ausencia, el criterio [distintivo] entre lo que será por una parte la locura y, por otra, la idiotez. Por lo tanto, esta última ya no se definirá con respecto a la verdad o el error, tampoco con respecto a la capacidad o la incapacidad de dominarse ni con referencia a la intensidad del delirio, sino con respecto al desarrollo. Ahora bien, en estas definiciones y las descripciones que se deducen de ellas, Esquirol y Belhomme hacen del desarrollo, en cierto modo, un uso binario. Tanto para uno como para otro, el desarrollo es algo que uno tiene o no tiene, del que se ha beneficiado o no; el individuo se desarrolla por el hecho mismo de tener voluntad o inteligencia, o no se desarrolla en razón de carecer de ellas. Tenemos una especie de simplismo aún muy grande en la utilización del concepto de desarrollo.

Pero, pese a ese simplismo, la utilización del criterio del desarrollo que uno tiene o no tiene, con el cual se ha beneficiado o no, permite una serie de elaboraciones que son importantes para el relevamiento de ese dominio teórico.

En primer lugar, permite una distinción cronológica clara. Si la idiotez es una ausencia de desarrollo, se desprende de ello que es necesario y normal que la locura sea algo aparecido desde el inicio, y esto en contraste con otras formas de debilitamiento del pensamiento, el intelecto o la percepción, como la demencia que, al igual que las otras enfermedades mentales: la manía, la monomanía, la lipemanía, etc., sólo aparecerá, a lo sumo, a partir de un momento determinado, en esencia a partir de la pubertad.[18] Por lo tanto, en ese momento se plantea una distinción cronológica.

[16] Jean Étienne Dominique Esquirol, "De l'idiotie" (1820), *op. cit.*, p. 284.

[17] Jacques Étienne Belhomme, *Essai sur l'idiotie...*, *op. cit.* (1843), p. 51.

[18] Jean Étienne Dominique Esquirol, "De l'idiotie", *op. cit.*, p. 284: "La idiotez comienza con la vida o en la edad precedente al completo desarrollo de las facultades intelectuales y

Segundo, una diferencia en el tipo de evolución. Al ser un no-desarrollo, la idiotez es estable y está definitivamente adquirida: el idiota no evoluciona. La demencia, por el contrario –aunque también debilitamiento del pensamiento–, será, a diferencia de la idiotez, una enfermedad mental que evoluciona, se agrava de año en año para luego estabilizarse, tal vez, durante un *cierto tiempo*, *y* [*de la cual*], *a la larga*, [*uno*] *incluso puede curar*[*se*].[19]

Tercera diferencia: la idiotez siempre está ligada a vicios orgánicos de constitución.[20] Por lo tanto, es del orden de la imperfección[21] o se inscribe en el cuadro general de las monstruosidades.[22] La demencia, por su parte,

---

afectivas [...] La demencia, como la manía y la monomanía, sólo comienza en la pubertad". Cf. también Jacques Étienne Belhomme, *Essai sur l'idiotie...*, *op. cit.* (1824).

[19] Jean Étienne Dominique Esquirol, "De l'idiotie", *op. cit.*, pp. 284-285: "Los idiotas son lo que deben ser a lo largo de toda su vida [...] No se concibe la posibilidad de modificar ese estado", mientras que "la demencia [...] tiene un período de crecimiento más o menos rápido. La demencia *crónica y* la demencia *senil se agravan año tras año* [...] Es posible curarse de la demencia, cabe imaginar la posibilidad de suspender sus accidentes". Justamente porque también consideran a los idiotas como incurables, alienistas como Louis Florentin Calmeil (1798-1895), Achille [de] Foville, Étienne Georget, Louis François Lélut (1804-1877) y François Leuret propician su aislamiento en asilos.

[20] Jean Étienne Dominique Esquirol, *ibid.*, p. 284: "Todo revela en ellos una organización imperfecta o interrumpida en su desarrollo. Al abrir el cráneo, encontramos casi siempre vicios de *conformación*". Jacques Étienne Belhomme, *Essai sur l'idiotie...*, *op. cit.* (1824), p. 33: "El idiota muestra las huellas de una organización incompleta [...] En la autopsia, los idiotas muestran vicios de conformación y organización". Étienne Jean Georget, *De la folie...*, *op. cit.*, p. 105: "Los idiotas y los imbéciles no sólo tienen el órgano intelectual mal conformado (véanse las aperturas de cuerpos), sino que toda su economía participa por lo común de ese estado enfermizo. En general, son poco desarrollados [...], muchos son raquíticos, escrofulosos, paralíticos o epilépticos, y reúnen a veces varias de esas enfermedades [...] En esos casos, la organización *del cerebro no debe ser mejor que la de todos los demás órganos*".

[21] Así, Henri Jean Baptiste Davenne (1789-1869), director general de la Asistencia Pública, al enviar el 1º de noviembre de 1852 al prefecto del Sena un informe cuyo cap. IV se refiere a la educación de los niños idiotas e imbéciles, declara: "El idiota no es otra cosa que un *pobre inválido a quien el médico no devolverá jamás lo que la naturaleza le ha negado*". Cf. Henri J. B. Davenne, *Rapport du Directeur de l'administration de l'Assistance Publique à M. le Préfet de la Seine sur le service des aliénés du département de la Seine*, París, Imprimerie de l'Administration de l'Assistance Publique, 1852.

[22] A juicio de Étienne Georget, por ejemplo, como se caracterizan por la presencia de "un defecto originario de desarrollo, los idiotas deben incluirse entre los monstruos; y lo son, sin

como las otras enfermedades, podrá estar acompañada de cierta cantidad de lesiones que son accidentales, sobrevenidas en un momento determinado.[23]

Por último, una diferencia en los síntomas. La demencia, por ser una enfermedad tardía que sobreviene a raíz de una serie de procesos, y eventualmente de lesiones orgánicas, siempre tendrá un pasado; en ella, por lo tanto, nunca dejaremos de encontrar restos: o bien restos de la inteligencia, o bien *restos del delirio, pero siempre quedará algo del pasado de ese estado,* sea positivo o negativo. El idiota, por el contrario, es alguien que no tiene pasado, *alguien en quien no queda nada, cuya existencia no ha dejado ni dejará jamás* la menor huella en su memoria. Y así llegamos a esas formulaciones canónicas de Esquirol, que se repitieron durante más de un siglo: "En la demencia, el hombre está privado de los bienes de que disfrutaba antaño: es un rico empobrecido; el idiota siempre ha padecido el infortunio y la miseria".[24]

Como ven, esta noción de desarrollo, pese a su uso grosero y verdaderamente binario, permite trazar una serie de distinciones y establecer cierta línea de clivaje entre dos tipos de caracteres: los caracteres de algo que define una enfermedad y los de algo que pertenece al orden de la imperfección, la monstruosidad, la no-enfermedad.

La segunda fase se da algunos años después, en torno de la década de 1840, y aquí vemos a Seguin, a quien volveremos a encontrar en toda la institucionalización y psiquiatrización concretas de la infancia, que en su *Traitement moral des idiots* propone los conceptos fundamentales sobre cuya base la psicología y la psicopatología del retraso mental se desarrollarán a lo largo del siglo XIX.[25]

---

duda, desde el punto de vista intelectual". Cf. Étienne Jean Georget, *De la folie…*, *op. cit.*, p. 102, nota 1. Sobre las connotaciones del término en la época, cf. Casimir Davaine, art. "Monstres", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, *op. cit.*, t. LXI, 1874, pp. 201-264.

[23] Jean Étienne Dominique Esquirol, "De l'idiotie", *op. cit.*, t. II, p. 285: "Al abrir el cuerpo, encontramos en ocasiones lesiones orgánicas, pero éstas son accidentales, pues el espesamiento de los huesos del cráneo, su apartamiento de las tablas, coincidente con la sola demencia, no caracterizan vicios de conformación".

[24] *Ibid.*

[25] Édouard Seguin (1812-1880), maestro auxiliar en el equipo de Jean Itard, médico de la Institución Nacional de Sordomudos, recibe en 1831, del propio Itard y Esquirol, la misión de educar a un niño idiota; relata la experiencia en *Essai sur l'éducation d'un enfant*, París,

Seguin hace una distinción entre los idiotas propiamente dichos y los niños retrasados: "Fui el primero en señalar las extremas diferencias que los separan. [...] El idiota, aun en los casos superficiales, muestra una interrupción del desarrollo fisiológico y psicológico".[26] No ausencia, entonces, sino interrupción del desarrollo. En cuanto al niño retrasado, para Seguin –y en este aspecto lo distingue del idiota– no es alguien cuyo desarrollo se ha interrumpido. Es alguien que, aunque no se detiene, "se desarrolla más lentamente que los niños de su edad; está rezagado con respecto a los progresos de éstos en general y ese retraso, cada día más considerable, termina por establecer *entre él y ellos una diferencia enorme, una distancia insalvable*".[27] Y ello, al término de una evolución continua.

* * *

Porthman, 1839. En 1840 pone en práctica su método en el hospicio de incurables del barrio de Saint-Martin y publica *Théorie pratique de l'éducation des enfant arriérés et idiots. Leçons aux jeunes idiots de l'Hospice des Incurables*, París, Germer-Baillière, 1842. En octubre de 1842 el Consejo General de Hospicios decide trasladar a los niños del hospicio de Bicêtre al servicio del doctor Félix Voisin, que Seguin abandona en 1843 a raíz de algunos diferendos. Antes de emigrar a Estados Unidos en 1850, traza un balance de sus experiencias en *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots..., op. cit.*, donde define sus principios de la "educación fisiológica". Ninguna publicación se ocupó en Francia de Seguin entre la tesis de Isabelle Saint-Yves, *Aperçus historiques sur les travaux concernant l'éducation médico-pédagogique: Itard, Bourneville*, Th. Méd. Lyon, núm. 103, 1913-1914; París, P. Lethielleux, 1914, y el artículo de H. Beauchesne, "Seguin, instituteur d'idiots à Bicêtre, ou la première équipe médico-pédagogique", en *Perspectives Psychiatriques*, vol. 30, 1970, pp. 11-14. Véanse también, desde entonces: Yves Pelicier y Guy Thuillier, "Pour une histoire de l'éducation des enfants idiots en France (1830-1914)", en *Revue Historique*, vol. 261, 1, enero de 1979, pp. 99-130, y *Édouard Seguin (1812-1880). L'instituteur des idiots*, París, Economica, 1980, así como Alfred Brauner (dir.), *Actes du colloque international: Cent ans après Édouard Seguin*, Saint-Mandé, Groupement de Recherches Pratiques pour l'Enfance, 1981; J. G. G. Martin, "Une biographie française d'Onésime-Édouard Seguin (20 janvier 1812-28 octobre 1880), premier thérapeute des enfants arriérés, d'après ses écrits et les documents historiques", Th. Méd. Paris-Saint-Antoine, 1981, núm. 134.

[26] Édouard Seguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots..., op. cit.*

[27] *Ibid.*, p. 72: "Hubo quienes se complacieron en decir que yo confundía a los niños idiotas con los niños simplemente retrasados o retardados; y lo dijeron precisamente porque fui el primero en señalar las extremas diferencias que los separan".

Me parece que las dos definiciones conjuntas del idiota como alguien afectado por una interrupción del desarrollo y del retrasado como una persona cuyo desarrollo, aunque continuo, es simplemente más lento, son importantes desde el punto de vista teórico y aportan varias nociones que van a ser de peso en la práctica misma de la psiquiatrización del niño.

En primer lugar, el desarrollo tal como lo concibe Seguin en el *Traitement moral des idiots* ya no es, como en Esquirol, algo de lo que uno está dotado o privado en el mismo concepto que la inteligencia o la voluntad; el desarrollo es un proceso que afecta la vida orgánica y la vida psicológica, es una dimensión a lo largo de la cual se distribuyen las organizaciones neurológicas o psicológicas, las funciones, los comportamientos, las adquisiciones. Es una dimensión temporal y ya no una suerte de facultad o cualidad de la que uno esté dotado.

En segundo lugar, esta dimensión temporal es, en cierto sentido, común a todos. Nadie escapa a ella, pero es una dimensión a lo largo de la cual uno puede quedar detenido. En esa medida, el desarrollo es común a todo el mundo, pero lo es más como una especie de óptimo, una regla de sucesión cronológica con un punto ideal de culminación. El desarrollo, por lo tanto, es una norma con respecto a la cual nos situamos, mucho más que una virtualidad que uno posea en sí.

Tercero, esa norma de desarrollo, como pueden ver, tiene dos variables: la primera es que podemos detenernos en tal o cual estadio de esa escala, a lo largo de esa dimensión, y el idiota es precisamente alguien que se ha detenido muy pronto en un estadio determinado, mientras que la segunda ya no corresponde al estadio en el que la persona se detiene, sino a la velocidad con que recorre aquella dimensión, y el retrasado es, entonces, alguien que, sin haberse quedado bloqueado en uno de los estadios, se ha visto frenado por una reducción de la velocidad. De allí dos patologías que, por otra parte, se completan, una como efecto final de otra: una patología del bloqueo [en un] estadio [que, en este caso, será] terminal, y una patología de la lentitud.

De tal modo –y ésta es la cuarta cosa importante–, vemos esbozarse una doble normatividad. Por un lado, en cuanto el idiota es alguien que se ha detenido en cierto estadio, la amplitud de la idiotez va a medirse en comparación con una normatividad que será la del adulto: el adulto se presentará como el punto real e ideal a la vez de finalización del desarrollo; funcionará,

por lo tanto, como norma. Por otro lado, la variable de la lentitud –el texto de Seguin lo dice con mucha claridad– se define con respecto a los otros niños: un retrasado es alguien que se desarrolla más lentamente que los demás. Por lo tanto, una media de la infancia, o una mayoría determinada de niños, constituirá la otra normatividad con referencia a la cual se situará el retrasado. De modo que todos los fenómenos de la debilidad mental –la idiotez propiamente dicha o el retraso– se situarán respecto de dos instancias normativas: el adulto como estadio terminal, los niños como definidores de la media de velocidad del desarrollo.

Para terminar –y aquí viene el último punto importante de esa elaboración–, la idiotez y, con mayor razón, el retraso mental, ya no pueden definirse como enfermedades. En Esquirol aún había un equívoco en lo tocante al estatus de enfermedad o de no-enfermedad que debía atribuirse a la idiotez. Después de todo, en Esquirol, la idiotez era la ausencia de algo, y por ese motivo era posible caracterizarla como una enfermedad. En Seguin, el idiota *y el retrasado mental no son enfermos: no se puede decir que les falten estadios; no han llegado a ellos o han llegado con demasiada lentitud. El idiota o el retrasado de Seguin es alguien que, en definitiva, no ha salido de la norma o, mejor, se ha situado en un grado menor dentro de algo que es la norma misma, es decir el desarrollo del niño.* El idiota es un tipo de niño, no es un enfermo; es alguien más o menos sumergido dentro de una infancia que es la propia infancia normal. Es un cierto grado de infancia o, si se quiere, la infancia es una manera determinada de atravesar más o menos rápidamente los grados de la idiotez, la debilidad mental o el retraso. Podrán advertir por eso que la idiotez o el retraso mental no pueden considerarse exactamente como desviaciones enfermizas, aun cuando, en definitiva, su origen radique en una enfermedad o algo así como una imperfección, una lesión orgánica. Se trata de variedades temporales, variedades de estadios dentro del desarrollo normativo del niño. El idiota pertenece a la infancia, como antaño pertenecía a la enfermedad.

De ahí se deduce una serie de consecuencias, la principal de las cuales es, desde luego, la siguiente: si es verdad que el idiota o el retrasado es alguien sumergido hasta cierto punto, no en el campo de la enfermedad, sino en el interior de la temporalidad de la infancia, se desprende de ello que la atención que debe prestársele no diferirá en su naturaleza de la atención brindada a

cualquier niño; vale decir que la única manera de curar a un idiota o un retrasado es imponerle sin más la educación misma, eventualmente, por supuesto, con unas cuantas variaciones, especificaciones de método; no debe hacerse otra cosa, empero, que imponerle el esquema educativo. La terapéutica de la idiotez será la pedagogía misma, una pedagogía más radical que irá a buscar más lejos, que se remontará a momentos más arcaicos, pero que seguirá *siendo una pedagogía.*

Por fin, sexto y último punto en el quería insistir aquí. Para Seguin, esas interrupciones, ese retraso o esa lentitud en el proceso de desarrollo no son del orden de la enfermedad.[28] Pero es muy evidente que se sancionan por una serie de fenómenos que no aparecen, una serie de organizaciones que no vemos surgir, unas adquisiciones que el niño no es capaz de hacer: ésta es la vertiente negativa del retraso mental. También hay, sin embargo, fenómenos positivos que no son nada más que la puesta en evidencia, la emergencia, la falta de integración de cierta cantidad de elementos que el desarrollo normal habría debido englobar, o rechazar o integrar, y eso que sale a la luz por obra de la interrupción o la extrema lentitud del desarrollo es lo que Seguin llama "instinto". El instinto es el elemento correspondiente a la infancia y dado desde el inicio que va a aparecer como no integrado, en estado salvaje, dentro de la idiotez o el retraso mental. "La idiotez", dice Seguin, "es una imperfección del sistema nervioso cuyo efecto radical consiste en sustraer la totalidad o parte de los órganos y las facultades del niño a la acción regular de su voluntad, así como en librarlo a sus instintos y apartarlo del mundo moral".[29]

En suma, como ven, a través de este análisis de la debilidad mental aparece algo que va a ser la especificación, en el marco de la infancia, de una serie de organizaciones, estados o comportamientos que, sin ser propiamente enfermizos, se desvían con respecto a dos normatividades: la de los otros niños y la del adulto. Vemos surgir algo que es exactamente la anomalía: el niño idiota o retrasado no es un niño enfermo sino un niño anormal.

[28] *Ibid.*: "El niño retrasado no se detiene en el suyo, simplemente se desarrolla con más lentitud que los niños de su edad".

[29] *Ibid.*, p. 26: "No, la idiotez no es una enfermedad".

Y en segundo lugar, ¿cuáles son los fenómenos positivos de esa anomalía, al margen del apartamiento, de las desviaciones con respecto a la norma? ¿Qué es lo que esa anomalía libera? El instinto. No son síntomas, entonces, sino esos elementos a la vez naturales y anárquicos. En resumen, los instintos son a la anomalía lo que los síntomas son a la enfermedad. La anomalía tiene, en verdad, menos síntomas que instintos, que son de algún modo su *elemento natural.** *El instinto como contenido concreto de* la *anomalía:* esto es, en mi opinión, lo que vemos perfilarse en el análisis que Seguin hace del retraso y la idiotez. Eso es lo que puede decirse, en el mero nivel de los discursos y la teoría, sobre la introducción de la categoría profundamente novedosa de la anomalía en contraposición con la enfermedad. Y creo que el principio de difusión del poder psiquiátrico es justamente la confiscación de esa nueva categoría de la anomalía por la medicina: su psiquiatrización.

En efecto, en la época misma de constitución del dominio teórico que he recorrido rápidamente, la época misma en que pasaban esas cosas, constatamos, no en retirada, no como consecuencia sino al mismo tiempo y, a decir verdad, como condición de posibilidad efectiva de esa elaboración, todo otro *proceso que en apariencia es contradictorio. Pues si vamos* de *Pinel o* Dubuisson a Seguin, pasando por Esquirol, vemos la serie de procedimientos mediante los cuales se especificó la idiotez con respecto a la locura y se la desvinculó de la enfermedad mental: teóricamente, en el plano de su estatus médico, la idiotez ya no es una enfermedad. Ahora bien, al mismo tiempo presenciamos un proceso inverso que no es de orden teórico sino del orden de la institucionalización: la introducción de la idiotez en el espacio psiquiátrico, su colonización por este último. Y aquí nos topamos con un problema que es muy curioso.

Veámoslo: si volvemos a la situación vigente a fines del siglo XVIII, la época contemporánea de Pinel, en ese momento encontramos aún en el bajo fondo de las casas de reclusión a gente clasificada en la categoría de "imbéciles". En su mayor parte, estas personas son adultas, y puede suponerse que al menos una parte de ellas habrían recibido más adelante el nombre de

* El manuscrito dice: "Así como la enfermedad se caracteriza por síntomas y se manifiesta a través de disfuncionamientos o déficit, el instinto es menos el síntoma que la naturaleza de la anomalía".

"dementes"; también encontramos niños de unos diez años.[30] Ahora bien, cuando se comenzó a plantear en sustancia la cuestión de la imbecilidad, y a plantearla en términos médicos, la primera precaución consistió justamente en apartarlos, deportarlos de esa suerte de espacio de internación confuso, para anexarlos, en esencia, a las instituciones de sordomudos, esto es, instituciones propiamente pedagógicas donde debían mitigarse una serie de defectos, insuficiencias, imperfecciones, de modo que el primer manejo práctico del tratamiento de los idiotas lo comprobamos en las casas de sordomudos de fines del siglo XVIII, y más precisamente en el establecimiento de Itard, donde, por lo demás, Seguin hizo su formación inicial.[31]

Y a partir de entonces, poco a poco, los veremos entrar al espacio asilar. En 1834, Voisin, uno de los psiquiatras importantes de la época, abre un instituto de "ortofrenia" en Issy, donde se trata precisamente de contar con un lugar de tratamiento de niños pobres afectados de deficiencia mental; pero en cierto modo todavía es un instituto intermedio entre la pedagogía especia-

[30] Édouard Seguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*..., *op. cit.*, p. 107. A principios del siglo XIX, los asilos acogían, a veces sin discriminar, a adultos y una población infantil que englobaba a "idiotas", "imbéciles" y "epilépticos", mal distinguidos desde un punto de vista médico hasta 1840 e incluso después. Así, la tercera sección del pabellón de alienados de Bicêtre aloja en 1852 a epilépticos adultos e infantiles, además de idiotas. Cf. Désiré Magloire Bourneville, *Assistance, traitement et éducation*... *op. cit.*, p. 4. En Henri Jean Baptiste Davenne, *Rapport [...] sur le services des aliénés*..., *op. cit.*, se encontrará una descripción de la situación.

[31] Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838), cirujano de formación, es designado el 31 de diciembre de 1800 en el cargo de médico residente de la Institución Nacional de Sordomudos, dirigida por el padre Sicard. En ella, con la ayuda de una gobernanta, la señora Guérin, emprende durante más de cuatro años el "tratamiento moral" de un niño de unos diez años, capturado a fines de 1799 en los bosques de Lacaume (Aveyron): cf. *De l'éducation d'un homme sauvage, ou des premiers développements physiques et moraux du jeune sauvage de l'Aveyron*, París, Goujon, 1801; *Rapport fait à S. E. le Ministre de l'Intérieur sur les nombreux développements et l'état actuel du sauvage de l'Aveyron* (1806), París, Imprimerie Impériale, 1807. Reeditados por Désiré Magloire Bourneville con el título de *Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité*, París, Alcan, 1814, t. II, col. "Bibliothèque de l'éducation spéciale", y por Lucien Malson, *Les Enfants sauvages, mythe et réalité*, seguido de J. [M. G.] Itard, *Mémoire et Rapport sur Victor de l'Aveyron*, París, Union Générale d'Édition, 1964, col. "10/18" [trad. esp.: *Memoria e informe sobre Victor de l'Aveyron*, Madrid, Alianza, 1990].

lizada de los sordomudos y el ámbito psiquiátrico propiamente dicho.[32] Y en los años inmediatamente posteriores, el período 1835-1845, durante la época misma en que Seguin define que la idiotez no es una enfermedad mental, constatamos la apertura, dentro de los grandes asilos que acaban de ser acondicionados o reacondicionados, de los pabellones para débiles mentales, idiotas y a menudo histéricos y epilépticos, todos ellos niños. Así, Jean-Pierre Falret organiza el pabellón correspondiente de la Salpêtrière entre 1831 y 1841[33] y Ferrus abre en 1833 un pabellón para niños idiotas en Bicêtre,[34] cuya dirección asume Seguin en 1842.[35]

[32] Atraído por los problemas del tratamiento de los niños idiotas, Félix Voisin, discípulo de Esquirol, funda en julio de 1822 una casa de salud en Vanves (cf. F. Voisin, *Établissement pour le traitement des aliénés des deux sexes, fondé en juillet 1822 à Vanves*, París, A. Belin, 1828), junto con J.-P. Falret. En 1833, el Consejo General de Hospicios le confía la organización de un servicio de idiotas y epilépticos en el hospicio de incurables de la calle de Sèvres. En 1834 crea un "establecimiento ortofrénico" situado en el 14 de la avenida de Vaugirard, en Issy-les-Moulineaux, para la atención de niños idiotas. Los internados de este establecimiento, así como los del hospicio, son trasladados en 1836 a Bicêtre, adonde Voisin llega en 1840. Sobre dicho establecimiento, el único documento es proporcionado por Charles Chrétien Henri Marc (1771-1840), "Rapport à M. le Conseiller d'État, Préfet de police, sur l'établissement orthophrénique de M. Félix Voisin", *Le Moniteur*, 24 de octubre de 1834; reeditado como anexo a *De l'idiotie chez les enfants...*, citado a continuación, pp. 87-91. Cf. Félix Voisin, *Applications de la physiologie du cerveau à l'étude des enfants qui nécessitent une éducation spéciale*, París, Éverat, 1830; *De l'idiotie chez les enfants, et les autres particularités d'intelligence ou de caractère qui nécessitent pour eux une instruction et une éducation spéciales de leur responsabilité morale*, París, J.-B. Baillière, 1843. Véase asimismo Auguste Voisin, *Aperçu sur les règles de l'éducation et de l'instruction des idiots et des arriérés*, París, Doin, 1882.

[33] Designado el 30 de marzo de 1831 médico de la sección de niñas idiotas en la Salpêtrière, Jean-Pierre Falret reúne en "una escuela común a ochenta niñas idiotas e imbéciles", que dirige hasta su nombramiento en 1841 como director de una sección de alienadas adultas.

[34] En realidad, Guillaume Ferrus organiza en 1828, dos años después de su designación como médico en jefe de Bicêtre, "una suerte de escuela" para los niños idiotas. Cf. Félix Voisin, "De l'idiotie", memoria leída en la Académie de Médecine el 24 de enero de 1843 y reeditada por Désiré Magloire Bourneville, *Recueil de mémoires...*, *op. cit.*, t. I, p. 268. Y en 1833, Ferrus inicia allí una enseñanza clínica, "De l'idiotie ou idiotisme (Cours sur les maladies mentales)", en *Gazette des Hôpitaux Civils ou Militaires*, t. XII, 1838, pp. 327-397.

[35] A instancias de Ferrus, por entonces inspector general de hospicios, Édouard Seguin es convocado en noviembre de 1842 para dirigir el centro de niños idiotas y epilépticos trasladados del hospicio de incurables al servicio de Félix Voisin. Cf. *supra*, nota 25.

Durante toda la segunda mitad del siglo XIX vamos a encontrar a los niños idiotas efectivamente colonizados dentro del espacio psiquiátrico. Y si bien es cierto que en 1873 se abre para ellos un establecimiento en Perray-Vaucluse,[36] no lo es menos que en Bicêtre, a fines del siglo XIX,[37] en la Salpêtrière,[38] en Villejuif,[39] verificaremos la existencia de pabellones psiquiátricos para esos niños débiles mentales. Por otra parte, esa colonización no sólo [se efectúa],* de hecho, mediante la inauguración de esos pabellones en el espacio psiquiátrico, sino que una decisión de 1840 del ministro del Interior dice de manera explícita que la ley de 1838 sobre la reclusión de los alienados vale igualmente para los idiotas: no se trata más que de una simple decisión ministerial apoyada en el principio de que los idiotas son aún una categoría de alienados.[40]

De tal modo, en el momento en que teóricamente existe una división tan neta entre alienación e idiotez, tenemos toda una serie de instituciones y medidas administrativas que asimilan lo que comienza a distinguirse. ¿A qué

[36] El 27 de noviembre de 1873, el Consejo General del Sena decide adaptar la granja del asilo de Vaucluse al uso de una colonia de jóvenes idiotas, que se inaugura el 5 de agosto de 1876. Cf. D. M. Bourneville, *Recueil de mémoires*..., *op. cit.*, cap. IV, "L'assistance des enfants idiots et épileptiques à Paris et dans la Seine: 1. Colonie de Vaucluse", pp. 62-65.

[37] Comenzado a fines de 1882, el pabellón especial de niños idiotas y epilépticos de Bicêtre recién se inaugura en 1892. Cf. Désiré Magloire Bourneville, *Recueil de mémoires*..., *op. cit.*, cap. IV, "Section des enfants idiots et épileptiques de Bicêtre", pp. 69-78, y *Histoire de la section des enfants de Bicêtre (1879-1889)*, París, Lecrosnier & Babé, 1889.

[38] La población de niños hospitalizados en la Salpêtrière llega en 1894 a 135 internados, de los cuales 38 son niñas idiotas y 71, idiotas y epilépticas. Cf. Désiré Magloire Bourneville, *Recueil de mémoires*..., *op. cit.*, pp. 67-69.

[39] En 1888, un pabellón de la división de mujeres del asilo de Villejuif es destinado a la hospitalización y el tratamiento de las niñas retrasadas, idiotas o epilépticas, procedentes de la Salpêtrière y Sainte-Anne, bajo la dirección del doctor Briand. En 1894 están internadas en ella 75 idiotas y epilépticas.

* Grabación: se hace.

[40] La circular del 14 de agosto de 1840 declara que, "por haber decidido el ministro del Interior que la ley de 1838 era aplicable a los idiotas e imbéciles, los niños ya no podían residir en otro establecimiento que no fuera un asilo de alienados. En consecuencia, el Consejo General de Hospicios ordenó el traslado de quienes se encontraban en otros establecimientos al asilo de Bicêtre". Cf. Henri Jean Baptiste Davenne, *Rapport [...] sur le service des aliénés*..., *op. cit.*, p. 62.

responde, de hecho, esa anexión institucional, contemporánea de la distinción teórica?

Podría creerse que esa distinción es simplemente el efecto de la organización de la enseñanza primaria en esta época: la ley de Guizot es de 1833.[41] Podría suponerse que, filtrados el retraso mental y la debilidad mental por la educación primaria que empieza a instalarse por doquier, y así señalados los idiotas, que se convierten en un problema dentro de los establecimientos escolares, se los empujará progresivamente hacia los asilos. De hecho, sucedió de ese modo, pero no en la época en que me sitúo. En efecto, la enseñanza primaria generalizada cumplirá ese papel de filtro recién a fines del siglo XIX, y las grandes encuestas sobre la debilidad mental que se realizarán en esos días se desarrollarán en los medios escolares, lo cual significa que los elementos de investigación serán provistos por las escuelas.[42] Y los interrogados en esas encuestas serán los maestros; las preguntas se referirán a la naturaleza y las posibilidades de la escolarización. Por ejemplo, cuando Rey haga en Bocas del Ródano, entre 1892 y 1893, una encuesta sobre la debilidad mental, se dirigirá a los maestros y preguntará, para identificar a los idiotas, los imbéciles y los débiles mentales, cuáles son los niños que no se desempeñan como corresponde, cuáles los que se hacen notar por su turbulencia y, por último, cuáles los que ni siquiera pueden frecuentar la escuela.[43] Y a partir

[41] Ley del 28 de junio de 1833 sobre la enseñanza elemental. Cf. Maurice Gontard, *L'Enseignement primaire en France de la Révolution à la loi Guizot. Des petites écoles de la monarchie d'Ancien Régime aux écoles primaires de la monarchie bourgeoise*, tesis de doctorado en Letras, Lyon, 1955; Lyon, [Audin], 1959.

[42] En previsión del establecimiento de clases especiales para los niños retrasados, Bourneville solicita en 1891 a la delegación cantonal del V distrito de París que se lleve a cabo una estadística de esos niños. La primera detección se realiza en 1894 en las escuelas públicas del V y el VI distritos. Cf. Désiré Magloire Bourneville, "Note à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine", 2 de mayo de 1896, y *Création de classes spéciales pour les enfants arriérés*, París, Alcan, 1898.

[43] En 1892, Philippe Rey, médico en jefe del asilo Saint-Pierre de Marsella y consejero general del Vaucluse, emprende, con vistas a la creación de un "asilo interdepartamental destinado a recibir y tratar a los niños retrasados o anormales", su empadronamiento por medio de un cuestionario dirigido a los maestros y maestras de los departamentos de Bocas del Ródano y Vaucluse. Cf. Désiré Magloire Bourneville, *Assistance, traitement et éducation…, op. cit.*, pp. 45 y 197-198.

de ahí se establecerá el gran *patchwork*. La enseñanza primaria sirve, en efecto, de filtro y referencia a los fenómenos del retraso mental.

Pero en la época en que me ubico, las décadas de 1830 y 1840, lo que está en juego no es eso. En otras palabras, el problema de dónde poner a los niños no se plantea para escolarizarlos o porque no se logra hacerlo. No se plantea desde el punto de vista de su escolarización, de su capacidad de dejarse escolarizar; la cuestión de dónde ponerlos se plantea en función del trabajo de sus padres: esto es, ¿cómo hacer para que el niño idiota, con los cuidados que exige, no sea un obstáculo para sus padres que trabajan? Por otra parte, esto responde exactamente a la inquietud del gobierno en el momento de la sanción de la ley sobre la enseñanza primaria. Como saben, si hacia la década de 1830 se crearon las "salas de asilo", es decir, las guarderías y los jardines de infantes, y en la misma época se escolarizó a los niños, no fue tanto para hacerlos aptos para un trabajo futuro como para dejar a los padres en libertad de trabajar y no tener que ocuparse más de sus hijos.[44] La organización de esos establecimientos de enseñanza respondía en la época a la necesidad de liberar a los padres de la atención de los hijos para permitirles incorporarse al mercado laboral.

[44] Como dice Jean Denys Marie Cochin (1789-1841), fundador en 1828, junto con la marquesa de Pastoret, de las "salas de asilo": "su efecto es procurar gratuitamente o con pocos gastos facilidades considerables para el bienestar de la población, visto que disminuyen las cargas de cada hogar y aumentan los recursos de los jefes de familia, sea en el aspecto de la libertad de trabajo, sea al permitir reducir la cantidad de personas consagradas a la vigilancia de los niños". Cf. Jean Denys Mari Cochin, *Manuel des fondateurs et des directeurs des premières écoles de l'enfance connues sous le nom de "salles d'asile"* (1833), 4ª ed., con una noticia de Augustin Cochin, París, Hachette, 1853, p. 32. Las salas de asilo fueron reconocidas por una ordenanza del 28 de marzo de 1831. Luego de la ley del 28 de junio de 1833 sobre la instrucción primaria se emitió, el 22 de diciembre de 1837, una ordenanza que definía su estatus en el artículo 1: "Las salas de asilo, o escuelas de la primera infancia, son establecimientos de caridad donde los niños de ambos sexos pueden ser admitidos, hasta la edad de seis años cumplidos, para recibir los cuidados de vigilancia maternal y primera educación que su edad reclama"; *ibid.*, p. 231. Cf. Laurent Cerise (1807-1869), *Le Médecin de salle d'asile, ou Manuel d'hygiène et d'éducation physique de l'enfance*, París, Hachette, 1836; Auguste Cochin, *Notice sur la vie de J. D. M. Cochin, et sur l'origine et les progrès des salles d'asile*, París, Duverger, 1852; H. J. B. Davenne, *De l'organisation et du régime...*, *op. cit.* (*supra*, clase del 28 de noviembre de 1973, nota 33), t. I, pp. 76-82.

Exactamente la misma preocupación animó a las personas que crearon los establecimientos especializados para idiotas en ese período. Les recuerdo que Voisin abrió su instituto de "ortofrenia" de la calle de Sèvres, no destinado a los ricos, que podían pagar, sino a los pobres. Y al respecto les cito un texto de Fernald, que es un poco posterior pero refleja con precisión esa inquietud:

> *Mientras en el hogar la atención de un niño idiota consume el tiempo y* la energía de una persona, la proporción de personas empleadas en los asilos sólo es de una cada cinco niños idiotas. Los cuidados brindados en el hogar a un idiota, sobre todo cuando es inválido, agotan los salarios y la capacidad de la gente de la casa, de modo que toda una familia cae en *la miseria.* La *humanidad y una buena política exigen relevar a las fami*lias de la carga que representan esos desventurados.[45]

Así, y sobre la base de esa inquietud, se decidió extender a los niños idiotas y pobres la aplicación de la ley de internación y asistencia a los internados. La asimilación institucional entre idiota y loco se hace justamente en virtud de la ambición de liberar a los padres en vistas a un trabajo posible. Y se llega a la *siguiente conclusión, formulada por* Parchappe en *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés,* en 1853:

> La alienación mental comprende no sólo todas las formas y todos los grados de la locura propiamente dicha [...], sino también la idiotez, que depende de un vicio congénito, y la imbecilidad, que es el producto de una enfermedad posterior al nacimiento. Es preciso, por lo tanto, fundar asilos para recibir a todos los alienados, es decir los locos, los idiotas y los imbéciles.[46]

Y ahora, algunos años después de trazada la distinción neta entre locura e idiotez, vemos que el concepto de alienación, en cierto modo, retrocede un grado *para convertirse en* la categoría general que va a englobar todas las *for-*

[45] Walter Fernald, *The History of Treatment of Feeble Mind,* Boston (EEUU), 1893; citado por Désiré Magloire Bourneville, *Assistance, traitement et éducation..., op. cit.*, p. 143.

[46] Jean-Baptiste Parchappe de Vinay, *Des principes à suivre..., op. cit.*, p. 6.

mas de locura, así como la idiotez y la imbecilidad. La "alienación mental" llegará a ser el concepto práctico sobre cuya base podrá incorporarse la necesidad de internar, con los mismos mecanismos y en los mismos lugares asistenciales, a los enfermos mentales y los débiles mentales. La anulación práctica de la distinción entre idiotez y enfermedad mental tiene como sanción el muy curioso y abstracto concepto de "alienación mental" en cuanto cobertura general del conjunto.

Ahora bien, una vez así situados dentro del espacio asilar, el poder que se ejerce sobre los niños idiotas es exactamente el poder psiquiátrico en estado puro, y va a seguir siéndolo casi sin elaboración alguna. Mientras en el asilo para locos va a haber toda una serie de procesos que elaborarán de manera muy considerable ese poder psiquiátrico, éste, por el contrario, comenzará a funcionar, a empalmarse con la internación de los idiotas, y se mantendrá durante muchos años. En todo caso, si consideramos el modo como Seguin –quien, en su *Traitement moral des idiots*, definió con tanta claridad una diferencia entre la enfermedad mental y la idiotez–, [en Bicêtre, trataba de hecho a los idiotas,]* a los débiles mentales, advertiremos que aplicaba con toda exactitud, pero con un efecto de engrosamiento y depuración, por decirlo así, los esquemas mismos del poder psiquiátrico. Y en esa práctica que fue absolutamente canónica para definir los métodos de educación de los idiotas, encontramos en toda su dimensión los mecanismos del poder psiquiátrico. La educación de los idiotas y los anormales es el poder psiquiátrico en estado puro.

En efecto, ¿qué hacía Seguin entre 1842 y 1843, cuando estaba en Bicêtre? En primer lugar, concebía la educación de los idiotas –que por lo demás denominaba "tratamiento moral", según la expresión misma de Leuret, a quien se refiere– ante todo como enfrentamiento de dos voluntades: "La lucha de dos voluntades puede ser larga o breve, terminar con ventajas para el maestro o con ventajas para el alumno".[47] Recuerden que, en el "tratamiento moral" psiquiátrico, el enfrentamiento del enfermo y el médico era sin duda

* Grabación: y vemos cómo, de hecho, trataba en Bicêtre.

[47] Édouard Seguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*..., *op. cit.*, p. 665. Cf. Ivor Kraft, "Edward Seguin and 19th-century moral treatment of idiots", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 35, 5, 1961, pp. 393-418.

el enfrentamiento de dos voluntades que luchaban por el poder. Encontramos exactamente la misma formulación y la misma práctica en Seguin; con la salvedad de que es lícito preguntarse cómo puede éste hablar del enfrentamiento de dos voluntades cuando se trata de un adulto y un niño que es un retrasado mental, un idiota. Hay que hablar, en verdad, de dos voluntades y de un enfrentamiento entre el maestro y el idiota, dice Seguin, pues el idiota, aunque parece no tener voluntad, tiene, de hecho, la voluntad de no tenerla, y esto es precisamente lo que caracteriza el instinto. ¿Qué es el "instinto"?

Es una forma anárquica de voluntad, consistente en no querer jamás plegarse a la voluntad de los otros; es una voluntad que se niega a organizarse a la manera de la voluntad monárquica del individuo y que rechaza, por consiguiente, cualquier orden y cualquier integración a un sistema. El instinto es una voluntad que "*quiere* no *querer*"[48] y se obstina en no constituirse como voluntad adulta; para Seguin, ésta se caracteriza por su capacidad de obedecer. *El instinto es una serie indefinida de pequeños rechazos que se oponen a toda voluntad del otro.*

Y aquí volvemos a encontrar una oposición con la locura. El idiota es alguien que dice obstinadamente "no"; el loco es quien dice "sí", un "sí" presuntuoso a todas sus ideas locas, y la exasperación de la voluntad del loco consiste justamente en decir "sí" aun a las cosas falsas. El idiota, según el entender de Seguin, es quien dice "no" a todo, de una manera anárquica y obstinada; y, por lo tanto, el papel del maestro es muy similar al papel del psiquiatra frente al loco: el psiquiatra debe dominar ese "sí" y transformarlo en "no", y el papel del maestro frente al idiota consiste en dominar ese "no" y hacer de él un "sí" de aceptación.* Al "enérgico no, no, no, repetido sin descanso [por el idiota], con los brazos cruzados o colgantes o mordiéndose el puño",[49] es preciso oponer un "poder que lo canse y le diga incesantemente: ¡camina, camina! Toca al maestro decírselo en voz bastante alta, bastante firme, con la premura y el tiempo suficientes para que pueda caminar y subirse al escalón correspondiente a la humanidad".[50]

[48] *Ibid.*

* El manuscrito agrega: "La educación especial es el enfrentamiento con ese 'no'".

[49] Édouard Seguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*..., *op. cit.*, p. 664.

[50] *Ibid.*, p. 666.

Un enfrentamiento, entonces, del mismo tipo que encontramos en el poder psiquiátrico, y que se da en la forma de un sobrepoder, constituido de una vez por todas, como en aquel poder, del lado del maestro. Y la educación especial debe plantearse con respecto al cuerpo del maestro, como al cuerpo del psiquiatra. Seguin destaca y practica esa omnipotencia del maestro en su cuerpo visible.

En primer lugar, intercepción de todo poder de la familia; el maestro se convierte en el amo absoluto del niño: "Mientras el niño es confiado al Maestro", dice Seguin en una fórmula que no carece de garbo, "los padres tienen derecho al dolor y aquél, a la autoridad. Maestro de la aplicación de su método, Maestro del niño, Maestro de la familia en sus relaciones con el niño, *Magister*, él es tres veces Maestro o no es nada", dice Seguin, que no debe dominar muy bien sus latines.[51] Es maestro en el plano de su cuerpo; debe tener, como el psiquiatra, un físico impecable. "La apariencia y los gestos pesados, comunes, los ojos distantes entre sí, mal delineados, apagados, y la mirada sin vivacidad, sin expresión; o bien la boca hinchada, los labios espesos y blandos, la pronunciación defectuosa, cansina, la voz gutural, nasal o mal acentuada", todo esto está absolutamente proscripto para quien quiera ser maestro del idiota.[52] Ese maestro debe mostrarse físicamente impecable frente al idiota, como un personaje a la vez poderoso y desconocido: "El Maestro deberá tener un aire franco, una palabra y un gesto claros, una manera tajante que lo haga ante todo notarse, ser escuchado, mirado, reconocido" de inmediato por el idiota.[53]

Y el idiota debe hacer su educación conectado a ese cuerpo a la vez impecable y todopoderoso. Esa conexión es una conexión física, y por el cuerpo del maestro debe pasar, sin duda, la realidad misma del contenido pedagógico. Seguin hace la teoría y la práctica de ese cuerpo a cuerpo del niño idiota y la omnipotencia del maestro. Cuenta, por ejemplo, cómo logró domesticar a un niño turbulento:

> A. H. era de una petulancia indomable; ágil como un gato y huidizo como un ratón, era imposible pensar en mantenerlo de pie e inmóvil duran-

[51] *Ibid.*, p. 662.
[52] *Ibid.*, p. 656.
[53] *Ibid.*, p. 659.

> te tres segundos. Lo puse sobre una silla y me senté frente a él, sosteniéndole los pies y las rodillas entre los míos; con una de las manos fijaba las suyas sobre sus rodillas, mientras que con la otra volvía a poner incesantemente ante mis ojos su rostro en constante movimiento. Permanecimos así durante cinco semanas, al margen de las horas de comer y dormir.[54]

Por consiguiente, captación física total, que equivale a un sojuzgamiento y un dominio del cuerpo.

Lo mismo para la mirada. ¿Cómo puede enseñarse a un idiota a mirar? En todo caso, no se le enseña en principio a mirar las cosas; se le enseña a mirar al maestro. Su acceso a la realidad del mundo, la atención que podrá prestar a las diferencias de las cosas, comenzarán por la percepción del maestro. Cuando la mirada del niño idiota huye o se pierde,

> nos acercamos, el niño se debate; nuestra mirada busca la suya, y él la evita; insistimos, y vuelve a escaparse; creemos alcanzarlo, y cierra los ojos; nos mantenemos alertas, dispuestos a sorprenderlo, a la espera de que vuelva a alzar los párpados para penetrarlos con nuestra mirada; y si, como precio de nuestros afanes, el día en que el niño nos ve por primera vez nos rechaza, o si, para dejar en el olvido su estado primitivo, su familia desvirtúa a los ojos del mundo los cuidados incesantes que le hemos brindado, empezamos una vez más a consumir ansiosamente nuestra existencia, ya no por amor a tal o cual, sino por el triunfo de la doctrina de la que, solos, poseemos el secreto y el valor. Así perseguí en el vacío durante cuatro meses la mirada inasible de un niño. La primera vez que su mirada tropezó con la mía, él escapó dando un gran grito.[55]

Volvemos a dar aquí con el carácter tan marcado del poder psiquiátrico, que es la organización de todo el poder en torno y a partir del cuerpo del psiquiatra.

En tercer lugar, reencontramos en ese tratamiento moral de los niños idiotas la organización de un espacio disciplinario como el del asilo. Apren-

[54] Édouard Seguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots…*, *op. cit.*, p. 366.

[55] *Ibid.*, cap. XXXIX: "Gymnastique et éducation du système nerveux et des appareils sensoriaux", § V, "La vue", pp. 418-419.

dizaje, por ejemplo, de la distribución lineal de los cuerpos, los emplazamientos individuales, los ejercicios de gimnasia: el empleo del tiempo completo. Como dirá más adelante Bourneville,

> los niños deben estar ocupados desde que se levantan hasta que se acuestan. Sus ocupaciones deben variar de manera incesante [...] Desde el despertar, lavarse, vestirse, cepillar la ropa, lustrar los zapatos, hacer la cama y, a partir de allí, mantener la atención despierta sin cesar (escuela, *taller, gimnasia, canto, recreaciones, paseos, juegos, etc.) [...] hasta el* acostarse, cuando es preciso enseñar a los niños a disponer con orden, sobre su silla, sus distintas prendas.[56]

Empleo completo del tiempo, trabajo.

En 1893 había en Bicêtre alrededor de doscientos niños, algunos de los cuales trabajaban de ocho a once de la mañana y otros, de la una a las cinco de la tarde, y eran escobilleros, zapateros, cesteros, etc.[57] La cosa funcionó bastante bien porque, aunque el producto de su trabajo se vendía a un precio muy bajo, el de los almacenes centrales y no el del mercado, se logró obtener "un beneficio de siete mil francos";[58] una vez abonados los sueldos de los maestros y los gastos de funcionamiento, y devueltos los préstamos pedidos para la construcción de los edificios, quedaba un saldo de siete mil francos que, a juicio de Bourneville, darían a los idiotas conciencia de su utilidad para la sociedad.[59]

[56] Désiré Magloire Bourneville, "Considérations sommaires sur le traitement médico-pédagogique de l'idiotie", en *Assistance, traitement et éducation*..., *op. cit.*, p. 242.

[57] *Ibid.*, p. 237: "A fines de 1893, doscientos niños estaban ocupados en los talleres, y repartidos como sigue: 14 escobilleros, 52 zapateros, 13 impresores, 19 carpinteros, 14 cerrajeros, 57 sastres, 23 cesteros, ocho mimbreros y silleros".

[58] *Ibid.*, p. 238.

[59] "Los propios niños se sienten dichosos al ver que su trabajo es productivo, se traduce en resultados prácticos y todo lo que hacen contribuye a su bienestar, su enseñanza y el mantenimiento de su sección." Désiré Magloire Bourneville, *Compte rendu du Service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre*, París, Publications du *Progrès Médical*, 1900, t. XX, p. XXXV.

Para terminar, último punto, en el cual volvemos a encontrar también todos los mecanismos asilares: el poder sobre los idiotas, como el poder psiquiátrico, es tautológico en el mismo sentido que traté de explicarles antes. Es decir: ¿qué debe aportar, conllevar dentro del asilo para idiotas, ese poder psiquiátrico que se canaliza íntegramente a través del cuerpo del maestro? No debe aportar otra cosa que el exterior: en definitiva, la escuela misma, esa escuela a la que los niños no han podido adaptarse y con respecto a la cual, justamente, fue posible designarlos como idiotas. Vale decir que el poder psiquiátrico aquí actuante hace funcionar el poder escolar como una especie de realidad absoluta con referencia a la cual se definirá al idiota como tal y, después de dar al poder escolar ese funcionamiento, le proporcionará el complemento de poder que permitirá a la realidad escolar hacer las veces de regla de tratamiento general para los idiotas dentro del asilo. ¿Y qué hace el tratamiento psiquiátrico de los idiotas si no, precisamente, repetir de una *manera multiplicada y disciplinada el contenido mismo de la educación?*

Consideremos, por ejemplo, el programa de Perray-Vaucluse a fines del siglo XIX. *En 1895 había cuatro secciones dentro de la división de idiotas.* La cuarta sección, que era la última y más baja: se enseñaba simplemente por los ojos, con objetos de madera; era, dice Bourneville, el nivel exacto de las clases infantiles. Tercera sección, un poco por encima: "lecciones de cosas, ejercicios de lectura, recitación, cálculo y escritura"; es el nivel de las clases preparatorias. Segunda sección: se enseña gramática, historia y un cálculo un poco más complicado; es el nivel del curso medio. En cuanto a la primera sección, se preparaba a los niños para la obtención del diploma de estudios primarios.[60]

Aquí vemos la tautología del poder psiquiátrico en lo concerniente a la escolaridad. Por una parte, el poder escolar actúa como realidad con respec-

[60] El 27 de noviembre de 1873, el Consejo General del Sena decide destinar los edificios de la granja del asilo de alienados de Vaucluse (Seine-et-Oise) a una colonia de niños idiotas. Inaugurada el 5 de agosto de 1876, la colonia de Perray-Vaucluse comprende cuatro divisiones: "Cuarta división. Enseñanza por los ojos, lecciones de cosas [...]; ejercicios de memoria; alfabeto y cifras impresas y letras de madera (modelo de Bicêtre). *Tercera división.* Niños que han adquirido los conocimientos más elementales. Lecciones de cosas, ejercicios de lectura, recitación, cálculo y escritura [...]. Segunda división. Niños que saben leer, escribir y contar [...], nociones de gramática, cálculo, historia y geografía de Francia [...]. Primera división. Preparación para el diploma de estudios primarios. En el caso de estos niños, la enseñanza no

to al poder psiquiátrico, que la postula como aquello con referencia a lo cual podrá *señalar y especificar* a quienes son retardados mentales; por otra, el poder psiquiátrico hace actuar la escolaridad dentro del asilo, afectada por un complemento de poder.

* * *

Tenemos, por lo tanto, dos procesos: especificación teórica de la idiotez y *anexión práctica por el poder psiquiátrico*. ¿Cómo pudieron esos dos procesos, que van en sentido inverso, dar lugar a una medicalización?*

El acoplamiento de esos dos procesos que se orientaban en sentidos opuestos puede explicarse, creo, por una sencilla razón económica que, en su humildad misma, está en el origen de la generalización del poder psiquiátrico, sin duda mucho más que la psiquiatrización de la debilidad mental. En efecto, la famosa ley de 1838 que definía las modalidades de la internación y las *condiciones de asistencia a los internados pobres*, debía *aplicarse* a los idiotas. Ahora bien, según lo expresado en ella, el costo de la pensión de quien estaba internado en el asilo estaba a cargo del departamento o la colectividad de la que era originario; es decir que la colectividad local era económicamente responsable de quienes estaban internados.[61] Si durante mucho tiempo se había vacilado en internar a los débiles mentales en los asilos, y si esas dudas persistían aun después de la decisión de 1840, era precisamente porque las obligaciones financieras de las colectividades locales se

difiere sensiblemente de la impartida en la escuela primaria". Cf. Désiré Magloire Bourneville, *Assistance, traitement et éducation*..., *op. cit.*, pp. 63-64.

* El manuscrito precisa: "psiquiátrica".

[61] Disposiciones previstas en la sección III de la ley del 30 de junio de 1838: Erogaciones del servicio de alienados. El artículo 28 establece que, a falta de los recursos mencionados en el artículo 27, "se atenderán con los impuestos afectados por la ley de hacienda a los gastos ordinarios del departamento de pertenencia del alienado, sin perjuicio del concurso de la comuna correspondiente al domicilio de éste, de acuerdo con las bases propuestas por el Consejo General, según opinión del prefecto, y aprobadas por el gobierno" (citado por R. Castel, *L'Ordre psychiatrique*..., *op. cit.* [*supra*, clase del 14 de noviembre de 1973, nota 9], p. 321).

veían gravadas en la misma medida.[62] Y tenemos textos perfectamente claros al respecto. Para que un consejo general, una prefectura o una alcaldía aceptaran y sufragaran la internación de un idiota, era preciso que el médico garantizara a la autoridad en cuestión no sólo que el idiota lo era, no sólo que era incapaz de subvenir a sus necesidades –ni siquiera bastaba con señalar que su familia no podía hacerlo–, sino que lo calificara además de peligroso, esto es, capaz de cometer incendios, homicidios, violaciones, etc., y recién cumplida esa condición las colectividades o las autoridades locales aceptaban asistirlo. Cosa que los médicos de los años 1840-1860 dicen con claridad: estamos obligados, señalan, a redactar falsos informes, a hacer más negra la situación, a presentar al idiota o el débil mental como peligroso para poder obtener [que sea asistido].*

En otras palabras, la noción de peligro se convierte en la noción necesaria para hacer pasar un hecho asistencial como un fenómeno de protección y permitir entonces que quienes están encargados de la asistencia la acepten. El peligro es el elemento que tercia para permitir la puesta en marcha del procedimiento de internación y asistencia, y los médicos hacen efectivamente certificados que lo atestiguan. Ahora bien, lo curioso es que, a partir de esa suerte de situación trivial por la cual se plantea el mero problema del costo de la anomalía que en definitiva siempre encontramos en la historia de la psiquiatría, ese mismo problema va a tener una enorme incidencia porque, sobre la base de las denuncias de los médicos que entre 1840 y 1850 se quejan de verse obligados a acusar a los idiotas de peligrosos, comprobamos el desarrollo gradual de toda una literatura médica que va a tomarse a sí misma cada vez más en serio y, si se quiere, a estigmatizar al débil mental y hacer de él, en efecto, una persona peligrosa.[63] Lo cual hace que, cincuenta

[62] En su memoria de junio de 1894, Désiré Magloire Bourneville destaca las razones financieras de la resistencia de las administraciones departamentales y comunales que, interesadas en cuidar su presupuesto, dilatan la internación en el asilo de los niños idiotas, hasta que éstos se conviertan en un peligro: cf. Désiré Magloire Bourneville, *Assistance, traitement et éducation...*, *op. cit.*, p. 84.

* Grabación: su asistencia.

[63] Así, para Guillaume Ferrus, si los niños idiotas e imbéciles están amparados por la ley de 1838 es porque, como los alienados, se los puede considerar peligrosos: "Basta una circunstancia para sobreexcitar en ellos los instintos violentos e inclinarlos a los actos más compro-

años después, en 1894, cuando Bourneville escriba su memoria, *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénerés*, los niños idiotas se hayan convertido efectivamente en peligrosos.[64] Y se citan de manera regular una serie de casos probatorios de que los idiotas son peligrosos: lo son porque se masturban en público, cometen delitos sexuales, son incendiarios. Y una persona seria como Bourneville cuenta en 1895* esta historia para demostrar que los idiotas son peligrosos: se trata de alguien que, en el departamento del Eure, violó a una muchacha que era idiota y se dedicaba a la prostitución; de tal modo que la idiota es la prueba palpable del peligro representado por los de su condición "en el momento mismo de transformarse en víctima".[65] Podríamos encontrar toda una serie de formulaciones de ese tipo; no hago sino resumirlas. En 1895** Bourneville dice: "La antropología criminal ha demostrado que una gran proporción de los criminales, los ebrios inveterados y las prostitutas son, en realidad, imbéciles de nacimiento a quienes nunca se procuró mejorar o disciplinar".[66]

De tal modo constatamos la reconstitución de la amplia categoría que engloba a todas las personas susceptibles de representar un peligro para la sociedad, las mismas, por otra parte, a quienes Voisin ya quería encerrar en 1830 cuando señalaba la necesidad de ocuparse también de los niños que "se hacen [...] notar por un carácter difícil, una disimulación profunda, un

---

metedores para la seguridad y el orden público" (citado en Henri Jean Baptiste Davenne, *Rapport [...] sur le service des aliénés*..., *op. cit.*, anexo, p. 130). Jules Falret (1824-1902) destaca también "los peligros de todo orden que los idiotas y los imbéciles podrían hacer correr a sí mismos y a la sociedad, por igual motivo que los alienados". Cf. Jules Falret, "Des aliénés dangereux", § 10, "Idiots et imbéciles", informe presentado el 27 de julio de 1868 a la Société Médico-Psychologique, en *Les Aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance, législation et médecine légale*, París, J.-B. Baillière, 1890, p. 241.

[64] Bourneville: "No pasa una semana sin que los diarios nos cuenten ejemplos de crímenes o delitos cometidos por idiotas, imbéciles o atrasados" (*Assistance, traitement et éducation*..., *op. cit.*, p. 147).

* En 1894; 1895 es la fecha de publicación.

[65] "Un tal Many [...], dice *La Vallée de l'Eure* (1891), comete un atentado al pudor con violencia contra una muchacha idiota que, además, se entregaba a la prostitución" (*ibid.*).

** Nuevamente, es 1894.

[66] *Ibid.*, p. 148.

amor propio desordenado, un orgullo inconmensurable, pasiones ardientes e inclinaciones terribles".[67] Por obra de la estigmatización del idiota, necesaria para que la asistencia pueda actuar, se empieza a internar a todos esos niños. Así se recorta la gran realidad del niño a la vez anormal y peligroso cuyo pandemónium describirá Bourneville en su texto de 1895 cuando diga que, en definitiva, uno se las ve con los idiotas y, a través de ellos, a su lado y de una manera absolutamente ligada a la idiotez, con toda una serie de perversiones que son perversiones de los instintos. Y aquí vemos que la noción de instinto sirve de fijación a la teoría de Seguin y la práctica psiquiátrica. Los niños a quienes es menester encerrar son "niños más o menos débiles desde el punto de vista intelectual, pero afectados de perversiones de los instintos: ladrones, mentirosos, onanistas, pederastas, incendiarios, destructores, homicidas, envenenadores, etcétera".[68]

Toda esta familia así reconstruida alrededor del idiota constituye exactamente la infancia anormal. La categoría de anomalía es una categoría que, durante el siglo XIX y en el orden de la psiquiatría –por el momento dejo por completo de lado los problemas de fisiología y anatomopatología–, no afectó en absoluto al adulto sino al niño. En otras palabras, creo que podríamos resumir las cosas y decir lo siguiente: en el siglo XIX, el loco era el hombre, y sólo en sus últimos años se concibió la posibilidad real de un niño loco; por lo demás, si se creyó descubrir una entidad que era el niño loco fue únicamente en virtud de una proyección retrospectiva del adulto loco sobre el niño: los primeros niños locos de Charcot y no mucho después los niños locos de Freud. Pero en lo fundamental, durante el siglo XIX el que está loco es el adulto; en cambio, el anormal es el niño. El niño fue portador de anomalías, y en torno del idiota, de los problemas prácticos que planteaba su exclusión, se constituyó toda la familia que, del mentiroso al envenenador, del pederasta al homicida, del onanista al incendiario, conforma ese campo general que es el de la anomalía, y en cuyo centro aparecen el niño atrasado, el niño débil mental, el niño idiota. Como ven, a través de los problemas prácticos planteados por el niño idiota, la psiquiatría deja de ser el mero poder que controla y corrige la locura para empezar a convertirse en algo infinitamente

[67] Felix Voisin, *De l'idiotie…, op. cit.*, p. 83.

[68] Désiré Magloire Bourneville, *Assistance, traitement et éducation…, op. cit.*, p. 145.

más general y peligroso que es el poder sobre el anormal, el poder de definir quién es anormal y controlarlo y corregirlo.

Esa doble función de la psiquiatría como poder sobre la locura y poder sobre la anomalía corresponde al desfase existente entre las prácticas concernientes al niño loco y las correspondientes al niño anormal. La disyunción entre niño loco y niño anormal me parece uno de los rasgos absolutamente fundamentales del ejercicio del poder psiquiátrico en el siglo XIX. Y creo que podemos deducir con mucha facilidad sus principales consecuencias.

Primera consecuencia, entonces: ahora, la psiquiatría va a poder conectarse con toda la serie de regímenes disciplinarios que existen a su alrededor, en función del principio de que sólo ella es a la vez la ciencia y el poder de lo anormal. Todo lo que es anormal con respecto a la disciplina escolar, militar, familiar, etc., todas esas desviaciones, todas esas anomalías, la psiquiatría va a poder reclamarlas para sí. A través de ese recorte del niño anormal se llevaron a cabo la generalización, la difusión y la diseminación del poder psiquiátrico en nuestra sociedad.

Segunda consecuencia: la psiquiatría como poder sobre la locura y poder sobre la anomalía va a verse en la obligación interna –ya no se trata esta vez de las consecuencias externas de la difusión, sino de las consecuencias internas– de definir las posibles relaciones existentes entre el niño anormal y el adulto loco. Y por ello se elaboran, sobre todo en la segunda mitad del siglo XIX, los dos conceptos que van a permitir, justamente, establecer la conjunción, es decir, la noción de instinto por una parte, y la noción de degeneración por otra.

En efecto, el instinto es precisamente el elemento a la vez natural en su existencia y anormal en su funcionamiento anárquico, anormal cuando no es dominado, reprimido. Por lo tanto, el destino de ese instinto a la vez natural y anormal, como elemento, como unidad de la naturaleza y la anomalía, es lo que la psiquiatría va a tratar de reconstituir poco a poco, desde la infancia hasta la adultez, desde la naturaleza hasta la anomalía y desde la anomalía hasta la enfermedad.[69] La psiquiatría esperará que el destino del instinto, del

[69] En la segunda mitad del siglo XIX, las investigaciones de los psiquiatras sobre el instinto se despliegan en dos frentes: el natural, de la fisiología cerebral, y el cultural, de las relaciones

niño al adulto, le proporcione la conexión entre el niño anormal y el hombre loco.

Por otra parte, frente a la noción de instinto se plantea el otro gran concepto, la "degeneración"; un concepto malhadado, mientras que el de instinto, en el fondo, mantuvo durante bastante más tiempo una trayectoria de cierta validez. Pero también este concepto de degeneración es muy interesante, porque no se trata, como suele decirse, de la proyección del evolucionismo biológico sobre la psiquiatría. El evolucionismo biológico intervendrá en psiquiatría, retomará esa noción y la sobrecargará con una serie de connotaciones, pero lo hará *a posteriori*.[70]

La degeneración, tal como la define Morel, aparece antes de Darwin y el evolucionismo.[71] ¿Y qué es esa degeneración en la época de Morel, y qué se-

entre sociabilidad y moral. Véase G. Bouchardeau, "La notion d'instinct, dans la clinique psychiatrique au XIX^e^ siècle", en *Évolution Psychiatrique*, t. XLIV, 3, julio-septiembre de 1979, pp. 617-632.

Así, Valentin Magnan (1835-1916) establece un vínculo entre las perversiones instintivas de los degenerados y los trastornos anat.fisiológicos del sistema cerebro-espinal, en una clasificación que liga las diferentes perversiones a procesos de excitación o inhibición de las estructuras cerebro-espinales correspondientes; véase su "Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés" (1861), en *Recherches sur les centres nerveux*, París, Masson, 1893, t. II, pp. 353-369. Véanse también Paul Sérieux (1864-1947), *Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel*, Th. Méd. Paris, núm. 50, 1888; París, Lecrosnier & Babé, 1888-1889; Charles Féré (1852-1907), *L'Instinct sexuel. Évolution et dissolution*, París, Alcan, 1889. Michel Foucault vuelve a este punto en su curso *Les Anormaux...*, *op. cit.*, clases del 5 y 12 de febrero y 21 de marzo de 1975, pp. 120-125, 127-135 y 260-271.

[70] De tal modo, Joseph Jules Déjerine (1849-1917) hace en 1886 una mención muy positiva de los trabajos de Darwin en *L'Hérédité dans les maladies du système nerveux*, París, Asselin et Houzeau, 1886. Pero es Valentin Magnan quien ajusta la teoría de Morel al introducir en ella la referencia al concepto de evolución y a las localizaciones neurológicas del proceso degenerativo: cf. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, París, Battaille, 1893, y Valentin Magnan y Paul Legrain, *Les Dégénerés (état mental et syndromes épisodiques)*, París, Rueff, 1895. Véase Armand Zaloszyc, *Éléments d'une histoire de la théorie des dégénérescences dans la psychiatrie française*, Th. Méd. Strasbourg, julio de 1975.

[71] Dos años antes de la publicación de la obra de Charles Darwin, *On the Origin of Species...*, *op. cit.*, Bénédict A. Morel publica su *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives*, París, J.-B. Baillière, 1857. En ese tratado define la degeneración: "La idea más clara que podemos hacernos

guirá siendo en lo fundamental hasta su abandono, a principios del siglo XX?[72] Se calificará de "degenerado" a un niño sobre el cual pesan, en concepto de estigmas o marcas, los restos de la locura de sus padres o ascendientes. Por lo tanto, la degeneración es, en cierto modo, el efecto de anomalía producido sobre el niño por los padres. Y al mismo tiempo, el niño degenerado es un niño anormal en quien la anomalía alcanza tal magnitud que, de darse una serie de circunstancias determinadas y luego de una cierta cantidad de accidentes, amenaza derivar en locura. La degeneración, en consecuencia, es en el niño la predisposición a la anomalía que va a hacer posible la locura del adulto, y la marca en forma de anomalía de la locura de sus ascendientes.

Rápidamente, veremos que esta noción de degeneración va a recortar la familia, los ascendientes –por el momento tomados en conjunto y sin definición rigurosa– y al niño y hará de la primera el soporte colectivo del doble fenómeno constituido por la anomalía y la locura. Si la anomalía conduce a la locura y la locura produce anomalía, es sin duda porque ya estamos dentro de ese soporte colectivo que es la familia.

Y llego a la tercera y última consecuencia. Al estudiar el punto de partida y el funcionamiento de la generalización de la psiquiatría, nos encontramos ahora en presencia de esos dos conceptos: la degeneración y el instinto. Vemos, entonces, surgir algo que se convertirá en lo que podemos llamar –de manera muy grosera, lo admito– el campo del psicoanálisis, el destino familiar del instinto. ¿Qué sucede con el instinto en una familia? ¿Cuál es el sis-

---

de la degeneración de la especie humana consiste en imaginarla como un tipo primitivo de desviación enfermiza. Esa desviación, por simple que la supongamos en su origen, encierra, no obstante, elementos de transmisibilidad de tal naturaleza que quien lleva su germen resulta cada vez más incapaz de cumplir su función en la humanidad, y el progreso intelectual, ya detenido en su persona, está aún amenazado en la de sus descendientes" (p. 5). La psiquiatría derivada de Morel sólo se convertirá al evolucionismo cuando deje de ver la "perfección" como la conformidad más exacta posible a un tipo "primitivo", para considerarla únicamente *como la diferencia más grande posible con respecto a éste.*

[72] Señalemos esta obra: Ian Robert Dowbiggin, *Inheriting Madness: Proffesionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth-Century France*, Berkeley, University of California Press, 1991 (trad. francesa: *La Folie héréditaire, ou Comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIXe siècle*, trad. de G. Le Gaufey, prefacio de G. Lanteri-Laura, París, Epel, 1993).

tema de intercambios que se establece entre ascendientes y descendientes, hijos y padres, y que pone en cuestión el instinto? Retomen esas dos nociones, pónganlas a actuar juntas y comprobarán, en todo caso, que el psicoanálisis se pone a funcionar y a hablar allí.[73]

De modo tal que encontramos el principio de generalización de la psiquiatría por el lado del niño y no del adulto; no lo constatamos en el uso generalizado de la noción de enfermedad mental sino, por el contrario, en el recorte práctico del campo de las anomalías. Y justamente en esa generalización a partir del niño y la anomalía, y no del adulto y la enfermedad, vemos formarse lo que llegará a ser el objeto del psicoanálisis.

[73] Después de experimentar su apogeo en la década de 1890, la teoría de la degeneración comienza a declinar. Freud la critica ya en 1894 en su artículo "Die Abwehr-Neuropsychosen", en *Neurologischen Zentralblatt*, vol. 13, 10, 1894, pp. 362-364, y 11, pp. 402-409; reeditado en *GW*, t. I, 1952, pp. 57-74 (trad. francesa: "Les psychonévroses de défense. Essai d'une théorie psychologique de l'hystérie acquise, de nombreuses phobies et obsessions et de certaines psychoses hallucinatoires", trad. de J. Laplanche, en *Névrose, psychose et perversion*, París, Presses Universitaires de France, 1973, col. "Bibliothèque de psychanalyse", pp. 1-14) [trad. esp.: "Las neuropsicosis de defensa", en *OC*, t. 3, 1981]. Véase también *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, Viena, Deuticke, 1905; *GW*, t. V, 1942, pp. 27-145 (trad. francesa: *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, trad. de B. Reverchon-Jouve, París, Gallimard, 1923, col. "Idées") [trad. esp.: *Tres ensayos de teoría sexual*, en *OC*, t. 7, 1978]. En 1903, Gilbert Ballet (1853-1916) señala en el *Traité de pathologie mentale* (París, Doin, 1903) publicado bajo su dirección que no ve ventaja alguna en la inclusión del término "degeneración" en el vocabulario psiquiátrico del siglo XX (pp. 273-275). Cf. Georges Génil-Perrin, *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*, París, A. Leclerc, 1913.

Clase del 23 de enero de 1974

El poder psiquiátrico y la cuestión de la verdad: el interrogatorio y la confesión; el magnetismo y la hipnosis; la droga – Elementos para una historia de la verdad: I. La verdad acontecimiento y sus formas: prácticas judicial, alquímica y médica – II. El paso a una tecnología de la verdad demostrativa. Sus elementos: a) los procedimientos de la pesquisa; b) la institución de un sujeto del conocimiento; c) la exclusión de la crisis en la medicina y la psiquiatría y sus soportes: el espacio disciplinario del asilo, el recurso a la anatomía patológica; las relaciones de la locura y el crimen – Poder psiquiátrico, resistencia histérica.

HE ANALIZADO el nivel en el que el poder psiquiátrico se presenta como un poder en y por el cual la verdad no se pone en juego. Me parece que, al menos en cierto plano –el de su funcionamiento disciplinario, digamos–, la función del saber psiquiátrico no consiste de manera alguna en fundar como verdad una práctica terapéutica, sino, y mucho más, en marcar, agregar una marca complementaria al poder del psiquiatra; en otras palabras, el saber del psiquiatra es uno de los elementos mediante los cuales el dispositivo disciplinario organiza en torno de la locura el sobrepoder de la realidad.

Pero así se deja de lado una serie de elementos que, sin embargo, están presentes desde el período histórico que llamo la protopsiquiatría, el período, en líneas generales, extendido desde la década de 1820 hasta las décadas de 1860 y 1870 y lo que podemos llamar la crisis de la histeria. Los elementos que he dejado de lado son, en definitiva, bastante discretos, dispersos, y en cierto sentido tienen poca figuración; no abarcaron, sin duda, una gran superficie en la organización del poder psiquiátrico y el funcionamiento del

régimen disciplinario, y pese a ello creo que fueron los puntos de enganche en el proceso de transformación interna y externa del poder psiquiátrico. A despecho del funcionamiento global del dispositivo disciplinario, en esos puntos dispersos, poco numerosos y discretos se planteó a la locura la cuestión de la verdad. No digo que pueda terminarse con la enumeración de esos puntos indicando que son tres, pero, hasta nueva orden, me parece que hay tres de ellos en los cuales vemos deslizarse la cuestión de la verdad formulada a la locura.

Esos puntos son, en primer lugar, la práctica o el ritual del interrogatorio y la extorsión de la confesión; este procedimiento es el más importante, el más constante y, en última instancia, jamás se modificó demasiado dentro de la práctica psiquiátrica. Segundo, otro procedimiento de fortuna cíclica, que desapareció durante un tiempo pero cuya importancia histórica ha sido muy grande, por los estragos que provocó en el mundo disciplinario del asilo: el procedimiento del magnetismo y la hipnosis. Tercero y último, un elemento muy conocido y que la historia de la psiquiatría cubrió con un silencio muy significativo: el uso –no digo absolutamente constante, pero sí muy general a partir de los años 1840-1845– de las drogas, en esencia el éter,[1] el cloroformo,[2] el opio,[3] el láudano[4] y el hachís,[5] toda una panoplia que durante una

[1] Descubierto en el siglo XVI, el éter conoce en el siglo XVIII una expansión de su uso en el tratamiento de las neurosis y la revelación de la simulación de los enfermos, debido a su propiedad "estupefaciente". Cf. *supra*, clase del 9 de enero de 1974, nota 18.

[2] Descubierto simultáneamente en Alemania por Justus Liebig y en Francia por Eugène Souberain, en 1831, el cloroformo comienza a utilizarse como anestésico en 1847. Cf.: Eugène Souberain, "Recherches sur quelques combinaisons de chlore", en *Annales de Chimie et de Physique*, t. XLIII, octubre de 1831, pp. 113-157; H. Bayard, "L'utilisation de l'éther...", *op. cit.* (*supra*, clase del 9 de enero de 1974, nota 18); Hippolyte Brochin, "Maladies nerveuses", § "Anesthésiques: éther et chloroforme", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, *op. cit.*, 2ª serie, t. XII, 1877, pp. 276-277; Lailler (farmacéutico del asilo de Quatre-Mares), "Les nouveaux hypnotiques et leur emploi en médecine mentale", en *Annales Médico-Psychologiques*, 7ª serie, t. IV, julio de 1886, pp. 64-90.

[3] Cf. *supra*, clase del 19 de diciembre de 1973, nota 1.

[4] Cf. *supra*, clase del 19 de diciembre de 1973, nota 2.

[5] Joseph Jacques Moreau de Tours descubre los efectos del hachís durante su viaje a Oriente, realizado entre 1837 y 1840. Al entrever las posibilidades de una experimentación destinada a esclarecer las relaciones entre los efectos del hachís, los sueños y los delirios, deci-

decena de años se utilizó de manera cotidiana en el mundo asilar del siglo XIX y sobre la cual los historiadores de la psiquiatría siempre guardaron un silencio muy prudente, cuando posiblemente se trate, junto con la hipnosis y la *técnica del interrogatorio*, del punto a partir del cual la historia de la práctica y el poder psiquiátricos sufrió un vuelco o, en todo caso, se transformó.

Desde luego, esas tres técnicas son ambiguas, es decir que actúan en dos niveles. Por una parte, actúan efectivamente en el nivel disciplinario; en ese sentido, el interrogatorio es una manera de fijar al individuo a la norma de su propia identidad. ¿Quién eres? ¿Cómo te llamas? ¿Quiénes son tus padres? ¿Qué ocurrió con los diferentes episodios de tu locura? Una manera de sujetar al individuo, a la vez, a su identidad social y a la atribución de locura que su medio le ha otorgado. El interrogatorio es un método disciplinario y, en ese plano, es posible señalar concretamente sus efectos.

El magnetismo, que se introdujo muy pronto en el asilo decimonónico, hacia los años 1820-1825, una época en la que se encontraba en un nivel de empirismo tal que los otros médicos lo rechazaban de manera generalizada, se utilizó muy claramente como coadyuvante del poder físico, corporal, del médico.[6] En ese espacio de extensión del cuerpo del médico dispuesto por el

---

de consagrarle sus investigaciones: cf. Joseph Jacques Moreau de Tours, *Du haschisch et de l'aliénation mentale. Études psychologiques*, París, Fortin, 1845.

[6] Durante la Restauración, el "magnetismo animal" constituye el objeto de experiencias en los servicios hospitalarios. Así, en el Hôtel-Dieu, el médico en jefe Henri Marie Husson (1772-1853) invita el 20 de octubre de 1820 al barón Dupotet de Sennevoy a hacer demostraciones en su servicio; bajo su vigilancia y la de Joseph Récamier y Alexandre Bertrand, una muchacha de 18 años, Catherine Samson, es sometida al tratamiento magnético. Cf. Jules Dupotet de Sennevoy (1790-1866), *Exposé des expériences sur le magnétisme animal faites à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant le cours des mois d'octobre, novembre et décembre 1820*, París, Bécher Jeune, 1821. En la Salpêtrière, Étienne Georget y Léon Rostan convierten a algunas de sus pacientes en sujetos de experiencia. Sin precisar el nombre de las enfermas, Étienne Jean Georget relata esas experiencias en *De la physiologie du système nerveux...*, *op. cit.*, t. I, p. 404. Cf. también Léon Rostan, *Du magnétisme animal*, París, Impr. Rignoux, 1825 [trad. esp.: *Del magnetismo animal: contiene la descripción de sus fenómenos y el modo de producirlos*, Valencia, Imprenta de D. Mariano de Cabrerizo, 1845]. Véase Aubin Gauthier, *Histoire du somnambulisme...*, *op. cit.* (*supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 21), t. II, p. 324. Cf. *infra*, clase del 30 de enero de 1974, nota 48.

asilo, en ese proceso que obliga a los engranajes mismos del asilo a transformarse en el sistema nervioso del psiquiatra, de tal modo que el cuerpo de éste se hace uno con el espacio asilar, pues bien, en ese juego, está claro que el magnetismo, con todos sus efectos físicos, era una pieza en el mecanismo de la disciplinariedad. Por último, en cuanto a las drogas –esencialmente el opio, el cloroformo, el éter–, eran, por supuesto, como las drogas actuales aún lo son, un instrumento disciplinario evidente, reino del orden, de la calma, de la imposición de silencio.

Y al mismo tiempo, esos tres elementos, perfectamente descifrables y cuya inserción en el asilo se comprende muy bien por sus efectos disciplinarios, tuvieron un efecto en cuanto fueron utilizados o, quizás, introdujeron consigo, acarrearon, cierta cuestión de la verdad, a despecho de lo que se esperaba de ellos. El loco interrogado, magnetizado, hipnotizado, drogado, tal vez planteó él mismo la cuestión de la verdad. Y en esa medida, me parece que los tres elementos fueron sin duda los elementos de fractura del sistema disciplinario, el momento en que el saber médico, que aún era sólo una marca de poder, se vio en la necesidad de hablar, ya no simplemente en términos de poder sino en términos de verdad.

* * *

Querría abrir aquí un paréntesis e interpolar una pequeña historia de la verdad en general. Me parece que podemos decir lo siguiente: un saber como el que llamamos científico es un saber que, en el fondo, supone que hay verdad por doquier, en todo lugar y todo tiempo. Más precisamente, para el saber científico hay, desde luego, momentos en que la verdad se aprehende con más facilidad, puntos de vista que permiten percibirla con mayor comodidad o seguridad; hay instrumentos para descubrirla donde se oculta, donde se ha rezagado o enterrado. Pero, de todas formas, para la práctica científica en general siempre hay verdad; la verdad está siempre presente en cualquier cosa o debajo de cualquier cosa, y se puede plantear la cuestión de la verdad con referencia a todo. El hecho de que esté enterrada, que sea difícil de alcanzar, no remite sino a nuestros propios límites, a las circunstancias en que nos encontramos. En sí misma, la verdad recorre el mundo entero sin ser jamás interrumpida. En ella no hay agujero negro. Esto quiere decir

que para el saber de tipo científico nunca hay nada que sea suficientemente insignificante, fútil, pasajero u ocasional para no suponer la cuestión de la verdad, nada que sea lo bastante lejano, pero nada, asimismo, que sea lo bastante próximo para que no se le pueda preguntar: ¿quién eres, en verdad? La verdad habita todas y cada una de las cosas, aun ese famoso recorte de uña del que hablaba Platón.[7] Esto significa no sólo que la verdad habita por doquier y en todo [instante] se puede plantear la cuestión concerniente a ella, sino también que no hay nadie que esté exclusivamente calificado para decir la verdad; tampoco hay nadie que, desde un principio, esté descalificado para decirla, siempre que, por supuesto, tengamos los instrumentos necesarios para descubrirla, las categorías indispensables para pensarla y el lenguaje adecuado para formularla en proposiciones. Digamos, para hablar de una manera aún más esquemática, que tenemos aquí cierta postulación filosófico científica de la verdad que está ligada a una tecnología determinada de la construcción o la constatación como derecho universal de la verdad, una tecnología de la demostración. Digamos que tenemos una tecnología de la verdad demostrativa que, en suma, se funde con la práctica científica.

Ahora bien, creo que en nuestra civilización hubo otra postulación, muy distinta, de la verdad. Esa otra postulación, sin duda más arcaica que la anterior, fue descartada o recubierta poco a poco por la tecnología demostrativa de la verdad. Y esa otra postulación, que a mi entender es totalmente crucial en la historia de nuestra civilización, por el hecho mismo de haber sido recubierta y colonizada por la otra, es la postulación de una verdad que, justamente, no está por doquier y siempre a la espera de alguien que, como nosotros, tiene la tarea de acecharla y asirla en cualquier lugar donde se encuentre. Se trataría ahora de la postulación de una verdad dispersa, discontinua, interrumpida, que sólo habla o se produce de tanto en tanto, donde quiere, en ciertos lugares; una verdad que no se produce por doquier y todo el tiempo, ni para todo el mundo; una verdad que no nos espera, pues es una verdad que tiene sus instantes favorables, sus lugares propicios, sus agen-

[7] Alusión al debate entre Sócrates y Parménides sobre el problema "¿Las formas son formas de qué?" Cf. Platón, *Parménide*, 130*c-d*, en *Œuvres complètes*, trad. de A. Diès, París, Les Belles Lettres, 1950, col. "Collection des universités de France", t. VIII, primera parte, p. 60 [trad. esp.: *Parménides*, en *Diálogos*, 9 vols., Madrid, Gredos, 1981-1999, t. V].

tes y sus portadores privilegiados. Una verdad que tiene su geografía: el oráculo que dice la verdad en Delfos[8] no la formula en ninguna otra parte y no dice lo mismo que un oráculo situado en otro lugar; el dios que cura en Epidauro[9] y dice a quienes acuden a consultarlo cuál es su enfermedad y cuál el remedio que deben aplicar, sólo cura y formula la verdad de la enfermedad en Epidauro y en ninguna otra parte. Verdad que tiene su geografía, verdad que también tiene su propio calendario o, al menos, su propia cronología.

Tomemos otro ejemplo. En la vieja medicina de las crisis, a la cual ya volveré, en la medicina griega, latina, medieval, siempre hay un momento para la aparición de la verdad de la enfermedad; precisamente ese momento de crisis, y no hay ningún otro en que pueda aprehendérsela de ese modo. En la práctica alquímica la verdad no está ahí, a la espera del momento en que lleguemos a aprehenderla: la verdad pasa, pasa rápidamente como el relámpago; en todo caso, está ligada a la ocasión: *kairos*, y es preciso aferrarla.[10]

[8] Delfos, ciudad de Fócida, al pie del Parnaso, se convierte desde mediados del siglo VIII a.C. en un lugar privilegiado donde Apolo pronuncia sus oráculos por boca de la Pitia, y sigue haciéndolo hasta fines del siglo IV d.C. Cf.: Marie Delcourt, *Les Grands sanctuaires de la Grèce*, París, Presses Universitaires de France, 1947, col. "Mythes et Religions", pp. 76-92, y *L'Oracle de Delphes*, París, Payot, 1955; Robert Flacelière, *Devins et oracles grecs* (1961), París, Presses Universitaires de France, 1972, col. "Que sais-je?", pp. 49-83 [trad. esp.: *Adivinos y oráculos griegos*, Buenos Aires, Eudeba, 1965]; Georges Roux, *Delphes, son oracle et ses dieux*, París, Les Belles Lettres, 1976.

[9] Epidauro, ciudad de la Argólide, sobre la costa oriental del Peloponeso, sede de un santuario dedicado a Asclepios, hijo de Apolo, donde se practica la adivinación por los sueños. Cf.: M. Delcourt, *Les Grands sanctuaires..., op. cit.*, pp. 93-113; Robert Flacelière, *Devins et oracles..., op. cit.*, pp. 36-37; Gregory Vlastos, "Religion and medicine in the cult of Asclepius: a review article", en *Review of Religion*, vol. 13, 1948-1949, pp. 269-290.

[10] La noción de καιρός define la ocasión que debe aprovecharse, la oportunidad y, por consiguiente, el tiempo de la acción posible. Hipócrates (460-377 a.C.) consagra a esta noción el cap. V, "De l'opportunité et de l'inopportunité", de su tratado *Des maladies*, I, en *Œuvres complètes*, edición establecida por Littré, París, J.-B. Baillière, 1849, t. VI, pp. 148-151 [trad. esp.: *Enfermedades*, en *Tratados hipocráticos*, 7 vols., Madrid, Gredos, 1983-1993, t. VI]. Cf.: Paul Joos, "Zufall, Kunst und Natur bei dem Hippokratikern", en *Janus*, 46, 1957, pp. 238-252; Paul Kucharski, "Sur la notion pythagoricienne de *kairos*", en *Revue Philosophique de la France et de l'étranger*, t. CLII, 2, 1963, pp. 141-169; Pierre Chantraine, art. "Καιρός", en *Dictionnaire étymologique de la langue grecque. Histoire des mots*, París, Klincksieck, 1970, t. II, p. 480.

Es, asimismo, una verdad que no sólo tiene su geografía y su calendario: tiene sus mensajeros o sus operadores privilegiados y exclusivos. Los operadores de esta verdad discontinua son quienes poseen el secreto de los lugares y los tiempos, quienes se han sometido a las pruebas de la calificación, quienes han pronunciado las palabras requeridas o cumplido los gestos rituales; son, además, aquellos a quienes la verdad ha elegido para abatirse sobre ellos: los profetas, los adivinos, los inocentes, los ciegos, los locos, los sabios, etc. Esta verdad, con su geografía, sus calendarios, sus mensajeros o sus operadores privilegiados, no es universal. Lo cual no quiere decir que sea una verdad rara, sino una verdad dispersa, una verdad que se produce como un acontecimiento.

Tenemos, entonces, la verdad que se constata, la verdad de demostración, y tenemos la verdad acontecimiento. Esta verdad discontinua podría recibir el nombre de verdad rayo, en contraste con la verdad cielo, universalmente presente bajo la apariencia de las nubes. Nos vemos, en consecuencia, ante dos series en la historia occidental de la verdad. La serie de la verdad descubierta, constante, constituida, demostrada, y la serie de la verdad que no es del orden de lo que es sino de lo que sucede, una verdad, por lo tanto, no dada en la forma del descubrimiento sino en la forma del acontecimiento, una verdad que no se constata y, en cambio, se suscita, se rastrea: producción más que apofántica; una verdad que no se da por medio de instrumentos, sino que se provoca por rituales, se capta por artimañas, se aferra cuando surge la ocasión. En lo que le concierne no se tratará entonces de método sino de estrategia. Entre esa verdad acontecimiento y quien es asido por ella, quien la aprehende o es presa de su toque, la relación no es del orden del objeto y el sujeto. No es, por ende, una relación de conocimiento; es, antes bien, una relación de choque, una relación del orden del rayo o el relámpago; también una relación del orden de la caza, una relación, en todo caso, arriesgada, reversible, belicosa, de dominación y de victoria y, por tanto, no de conocimiento sino de poder.

Hay quienes suelen hacer la historia de la verdad desde el punto de vista del olvido del Ser;[11] en cuanto lo hacen valer como categoría fundamental

[11] Alusión a la problemática heideggeriana, que, en un debate con Giulio Preti, Foucault asocia a la de Husserl al reprochar a ambos la actitud de poner "en cuestión todos nuestros conocimientos y sus fundamentos [...] a partir de lo que es originario [...] a expensas de todo

de la historia de la verdad, esta gente se sitúa de entrada en los privilegios del conocimiento, es decir que el olvido sólo puede producirse contra el telón de fondo de la relación admitida y postulada de una vez por todas del conocimiento. Y por consiguiente, me parece que, en sustancia, no hacen sino la historia de una de las dos series que intenté identificar: la serie de la verdad

---

contenido histórico articulado"; cf. *DE*, II, núm. 109, p. 372; cf. también *DE*, I, núm. 58, p. 675. Se apunta entonces a la concepción heideggeriana de la historia. Véanse en especial: Martin Heidegger, *Sein und Zeit*, Halle, Nemeyer, 1927 (trad. francesa: *L'Être et le Temps*, trad. de R. Boehm y A. de Waelhens, París, Gallimard, 1964, primera parte, primera sección) [trad. esp.: *El ser y el tiempo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1971]; *Vom Wesen des Grundes*, Halle, Nemeyer, 1929 (trad. francesa: "Ce qui fait l'essentiel d'un fondement", trad. de H. Corbin, en *Qu'est-ce que la métaphysique?*, París, Gallimard, 1938, col. "Les Essais", pp. 47-111; reeditado en *Questions I*, París, Gallimard, 1968) [trad. esp.: "De la esencia del fundamento", en *¿Qué es metafísica? y otros ensayos*, Buenos Aires, Siglo Veinte, 1979]; *Vom Wesen der Wahrheit*, Fráncfort, Klostermann, 1943 (trad. francesa: "De l'essence de la vérité", trad. de W. Biennel y A. de Waelhens, en *Questions I*, *op. cit.*) [trad. esp.: "De la esencia de la verdad", en *¿Qué es metafísica?...*, *op. cit.*]; *Holzwege*, Fráncfort, Klostermann, 1950 (trad. francesa: *Chemins qui ne mènent nulle part*, trad. de W. Brokmeier, París, Gallimard, 1962, col. "Les Essais") [trad. esp.: *Sendas perdidas*, Buenos Aires, Losada, 1979]; *Vorträge und Aufsätze*, Pfullingen. Neske, 1954 (trad. francesa: *Essais et conférences*, trad. de A. Préau, París, Gallimard, 1958, col. "Les Essais" [trad. esp.: *Conferencias y artículos*, Barcelona, Ediciones del Serbal, 1994]; *Nietzsche*, t. II, Pfullingen, [Neske], 1961 (trad. francesa: *Nietzsche*, traducción de Pierre Klossowski, París, Gallimard, 1972, t. II) [trad. esp.: *Nietzsche*, 2 volúmenes, Barcelona, Destino, 2000]. Sobre las relaciones de Foucault con Heidegger, véanse: *Les Mots...*, *op. cit.*, cap. IX, "L'Homme et ses doubles", § IV y VI, pp. 329-333 y 339-346; "L'Homme est-il mort?" (entrevista realizada por C. Bonnefoy, junio de 1966), *DE*, I, núm. 39, p. 542; "Ariane s'est pendue" (abril de 1969), *DE*, I, núm. 64, pp. 768 y 770 [trad. esp.: "Ariadna se ha colgado", *Archipiélago*, 17, Pamplona, 1994, pp. 83-87]; "Les problèmes de la culture. Un débat Foucault-Preti" (septiembre de 1972), *DE*, II, núm. 109, p. 372; "Foucault, le philosophe, est en train de parler. Pensez" (29 de mayo de 1973), *DE*, II, núm. 124, p. 424; "Prisons et asiles dans le mécanisme du pouvoir" (entrevista realizada por M. D'Eramo, marzo de 1974), *DE*, II, núm. 136, p. 521; "Structuralisme et poststructuralisme" (entrevista realizada por G. Raulet, primavera de 1983), *DE*, IV, núm. 330, p. 455; "Politique et éthique: une interview" (conversación con M. Jay, L. Löwenthal, P. Rabinow, R. Rorty y C. Taylor, abril de 1983), *DE*, IV, núm. 341, p. 585; "Le retour de la morale" (entrevista realizada por G. Barbedette y A. Scala, 29 de mayo de 1984), *DE*, IV, núm. 354, p. 703; "Vérité, pouvoir et soi" (entrevista realizada por R. Martin, 25 de octubre de 1982), *DE*, IV, núm. 362, p. 780.

apofántica, la verdad descubierta, la verdad constatación, demostración, y se sitúan dentro de esa sucesión.

Lo que querría hacer, y lo intenté los años anteriores, es una historia de la verdad a partir de la otra serie;[12] es decir, tratar de privilegiar esta tecnología, ahora fundamentalmente rechazada, encubierta, desechada, esta tecnología de la verdad acontecimiento, la verdad ritual, la verdad relación de poder, frente a y contra la verdad descubrimiento, la verdad método, la verdad relación de conocimiento, la verdad que, por lo tanto, supone y se sitúa dentro de la relación sujeto-objeto.

Me gustaría hacer valer la verdad rayo contra la verdad cielo: mostrar, por una parte, que esa verdad demostración –de la que es absolutamente inútil negar la extensión, la fuerza, el poder que ejerce en nuestros días–, por lo común identificada en su tecnología con la práctica científica, deriva en realidad de la verdad ritual, de la verdad acontecimiento, de la verdad estrategia, y que la verdad conocimiento no es, en el fondo, sino una región y un aspecto –un aspecto pletórico, de dimensiones gigantescas, pero, con todo, un aspecto o una modalidad– de la verdad como acontecimiento y de la tecnología de esta verdad acontecimiento.

Mostrar que la demostración científica sólo es, en sustancia, un ritual, mostrar que el presunto sujeto universal del conocimiento no es, en realidad, más que un individuo históricamente calificado según una serie de modalidades, mostrar que el descubrimiento de la verdad es de hecho cierta

[12] En la tercera clase del curso de 1970-1971, "La volonté de savoir", Michel Foucault pretende proponer la "contrapartida" de una historia de la "voluntad de conocer", en que la verdad tiene "la forma inmediata, universal y despojada de la constatación, exterior al procedimiento del juicio", y sostiene la necesidad de "escribir toda una historia de las relaciones entre la verdad y el suplicio", en las cuales "la verdad no se constata, sino que se juzga con la forma del juramento y la invocación y se ajusta al ritual de la ordalía". Un régimen, por consiguiente, en el cual "la verdad no está ligada a la luz y la mirada que un sujeto pueda echar sobre las cosas, sino a la oscuridad del acontecimiento futuro e inquietante". Otros fragmentos de una historia de esas características se proponen en la novena clase del curso de 1971-1972, "Théories et institutions pénales", que se refiere al sistema de la prueba en los procedimientos del juramento, las ordalías y el duelo judicial del siglo X al siglo XIII. Michel Foucault se inspira en Marcel Detienne, *Les Maîtres de vérité dans la Grèce archaïque*, París, Maspero, 1967 [trad. esp.: *Los maestros de verdad en la Grecia arcaica*, Madrid, Taurus, 1982].

modalidad de producción de la verdad; reducir así lo que se presenta como verdad de constatación o verdad de demostración al basamento de los rituales, el basamento de las calificaciones del individuo cognoscente, el sistema de la verdad acontecimiento: eso es lo que llamaré arqueología del saber.[13]

Es preciso hacer además otro movimiento, consistente en mostrar precisamente que, en el transcurso de nuestra historia, de nuestra civilización, y de una manera cada vez más acelerada desde el Renacimiento, la verdad conocimiento asumió las dimensiones que le conocemos y que hoy es posible constatar; mostrar que ella colonizó, parasitó la verdad acontecimiento, *mostrar* que *terminó por ejercer sobre ésta una relación de poder* que *quizá* sea irreversible –o, en todo caso, que es por el momento un poder dominante y tiránico–, mostrar que esa tecnología de la verdad demostrativa colonizó efectivamente y ejerce ahora una relación de poder sobre esa verdad cuya tecnología está ligada al acontecimiento, la estrategia, la caza. Podríamos dar a *esto el nombre* de *genealogía del conocimiento, reverso histórico indispensable* de la arqueología del saber, y acerca de la cual traté de mostrarles, sobre la base de una serie de *dossiers* y de un modo muy esquemático, no en qué puede consistir, sino cómo podríamos esbozarla. Abrir el *dossier* de la práctica judicial significaba tratar de mostrar que, a través de esa práctica, se habían formado poco a poco reglas político jurídicas de establecimiento de la verdad en las cuales, con el advenimiento de cierto tipo de poder político, se

[13] La decimotercera clase del curso "Théories et institutions pénales", consagrada a "la confe*sión, la prueba", explicita el sentido del rodeo por lo que Foucault denomina "matrices jurídico*-políticas", como la prueba, la pesquisa, etc., y distingue a la sazón tres niveles de análisis: a) una "descripción histórica de las ciencias", materia de la "historia de las ciencias"; b) una "arqueología *del saber", que toma en cuenta las relaciones del saber y el poder; c) una "dinástica del saber"* que, gracias a la puesta de manifiesto de las matrices jurídico-políticas permitida por la arqueología, se sitúa en el "plano donde caben la mayor ganancia, el mayor saber y el mayor poder" (manuscrito del curso, consultado gracias a la gentileza del señor Daniel Defert). Foucault retoma esta distinción entre "arqueología" y "dinástica" en una entrevista realizada por S. Hasumi en septiembre de 1972; cf. *DE*, II, núm. 119, p. 406. En lo concerniente a la "arqueología", véanse las numerosas definiciones propuestas por él: *DE*, I, núm. 34, pp. 498-499; núm. 48, p. 595; núm. 58, p. 681, y núm. 66, pp. 771-772; *DE*, II, núm. 101, p. 242; núm. 119, p. 406, y núm. 139, pp. 643-644; *DE*, III, núm. 193, p. 167, y núm. 221, pp. 468-469; *DE*, IV, núm. 281, p. 57, y núm. 330, p. 443.

veía refluir, desaparecer la tecnología de la verdad prueba e instalarse la tecnología de una verdad de constatación, una verdad autentificada por los testimonios, etcétera.

Lo que querría hacer ahora respecto de la psiquiatría es mostrar que la verdad del tipo del acontecimiento fue recubierta poco a poco, durante el siglo XIX, por otra tecnología de la verdad o, al menos, que se intentó recubrir esa tecnología de la verdad acontecimiento, a propósito de la locura, con una tecnología de la verdad demostrativa, de constatación. También podríamos hacerlo, y trataré de llevarlo a cabo en los próximos años, en lo tocante a la pedagogía y el caso de la infancia.[14]

Sea como fuere, desde una perspectiva histórica podrían decirme que todo es muy lindo, pero que, de todos modos, la serie de la verdad-prueba-acontecimiento ya no corresponde a gran cosa en nuestra sociedad, que esa tecnología de la verdad acontecimiento podemos encontrarla, tal vez, en viejas prácticas –oraculares, proféticas, etc.–, pero ya hace mucho que el juego se terminó y es inútil volver a él. En realidad, me parece que hay aquí algo muy distinto y que en nuestra civilización esa verdad acontecimiento, esa tecnología de la verdad rayo subsistió durante mucho tiempo y tiene una importancia histórica muy grande.

En primer lugar, las formas judiciales de las que les hablaba hace un momento y los años anteriores: en el fondo, se trata de una transformación muy profunda y fundamental. Recuerden lo que les decía con referencia a la justicia medieval arcaica, anterior al siglo XII, aproximadamente: el procedimiento medieval para el descubrimiento del culpable o, mejor, para la atribución de la culpabilidad a un individuo, esos procedimientos que a grandes rasgos podemos incluir bajo la rúbrica del "juicio de Dios", no eran en modo alguno métodos para descubrir realmente lo que había sucedido. No se trataba en absoluto de reproducir en el "juicio de Dios" algo que fuera como el *analogon*, la imagen misma de lo que había pasado efectivamente en el nivel del gesto criminal. El "juicio de Dios" o las pruebas del mismo tipo eran

[14] En los hechos, Michel Foucault no seguirá ese programa, con excepción de las observaciones acerca del papel de la infancia en la generalización del saber y el poder psiquiátricos en el curso de 1974-1975. *Les Anormaux...*, *op. cit.*, clases del 5, 12 y 19 de marzo de 1975, pp. 217-301.

procedimientos destinados a resolver la manera de determinar al vencedor en el enfrentamiento que oponía a las dos personas en litigio;[15] en las técnicas judiciales medievales, ni siquiera la confesión era en esos momentos un signo o un método para descubrir un indicio de culpabilidad.[16] Cuando los inquisidores de la Edad Media torturaban a alguien, no pretendían hacer el ra-

[15] Derivado del inglés antiguo *ordal*, juicio, el "juicio de Dios" u "ordalía" pretende zanjar las cuestiones litigiosas con la idea de que Dios interviene en la causa por juzgar durante la realización de pruebas como la del "fuego", el "hierro al rojo", el "agua fría o hirviente", la "cruz", etcétera. Cf. Célestin Louis Tanon, *Histoire des tribunaux de l'Inquisition en France*, París, L. Larose et Forcel, 1893; sobre la pena del "fuego", pp. 464-479, y sobre la de la "cruz", pp. 490-498. Como destaca J.-P. Lévy, en este procedimiento "el proceso no es una instrucción cuya meta sea buscar la verdad [...] Primitivamente es una lucha, más adelante, un llamado a Dios; se remite a Él la tarea de hacer resplandecer la verdad, pero el juez no la busca por sí mismo"; cf. Jean-Philippe Lévy, *La Hiérarchie des preuves dans le droit savant du Moyen Âge, depuis la renaissance du droit romain jusqu'à la fin du XIVᵉ siècle*, París, Sirey, 1939, p. 163.

Michel Foucault evocaba la cuestión de la ordalía en la tercera clase del curso ya citado de 1970-1971, "La volonté de savoir", en la cual señalaba que en los "tratamientos que se aplicaron a la locura, encontramos algo parecido a la prueba ordálica de la verdad". La novena clase del curso de 1971-1972, dedicada al procedimiento acusatorio y el sistema de prueba, hace referencia a ella (cf. *supra*, nota 12). Véase también Michel Foucault, "La vérité et les formes juridiques" (1974), *DE*, II, núm. 139, pp. 572-577 [trad. esp.: *La verdad y las formas jurídicas*, Barcelona, Gedisa, 1978]. Cf.: Adhémar Esmein, *Histoire de la procédure criminelle en France, et spécialement de la procédure inquisitoire depuis le XIIIᵉ siècle jusqu'à nos jours*, París, Larose et Forcel, 1882, pp. 260-283; Elphège Vacandard, "L'Église et les ordalies", en *Études de critique et d'histoire religieuse*, París, V. Lecoffre, 1905, t. I, pp. 189-214; Gustave Glotz, *Études sociales et juridiques sur l'antiquité grecque*, París, Hachette, 1906, cap. 2, "L'ordalie", pp. 69-97; Albert Michel, art. "Ordalies", en Alfred Vacant (dir.), *Dictionnaire de théologie catholique* (1930), París, Letouzey et Ané, 1931, t. XI, col. 1139-1152; Yvonne Bongert, *Recherches sur les cours laïques du Xᵉ au XIIIᵉ siècles*, París, A. et J. Picard, 1949, pp. 215-228; Hermann Nottarp, *Gottesurteilstudien*, Múnich, Kosel-Verlag, 1956; Jean Gaudemet, "Les ordalies au Moyen Âge: doctrine, législation et pratique canonique", en *Recueil de la Société Jean Bodin*, vol. XVII, t. 2, *La Preuve*, Bruselas, 1965.

[16] En los procedimientos esencialmente acusatorios en que se trata de tomar a Dios como testigo para que de Él resulte la justeza o la desestimación de la acusación, la confesión no basta para pronunciar la sentencia. Cf.: Henry Charles Lea, *A History of the Inquisition...*, *op. cit.*, t. I, pp. 407-408 (pp. 458-459 del tomo I de la traducción francesa); Adhémar Esmein, *Histoire de la procédure criminelle...*, *op. cit.*, p. 273; Jean-Philippe Lévy, *La Hiérarchie des preuves...*, *op. cit.*, pp. 19-83. Sobre la confesión, véase Michel Foucault, *Surveiller et punir...*, *op. cit.*, pp. 42-45.

zonamiento hecho por los verdugos actuales, y que es el siguiente: si el interesado mismo llega a reconocer que es culpable, ésa es la mejor prueba, aun más convincente que el testimonio presencial; el verdugo del medioevo no intentaba obtener nada de eso, y menos aún esa prueba. De hecho, torturar a alguien significaba en la Edad Media entablar, entre el juez y la persona inculpada o sospechada, una verdadera lucha física cuyas reglas, por supuesto, aunque no amañadas, eran perfectamente desiguales y sin ninguna reciprocidad: una lucha física para saber si el sospechoso iba a aguantar o no; y cuando cedía, no se trataba tanto de una prueba demostrativa de su culpabilidad, era simplemente la realidad del hecho de que había perdido en el juego, había perdido en el enfrentamiento y, en consecuencia, se lo podía condenar. A continuación y secundariamente, por decirlo así, todo esto podía inscribirse en un sistema de significaciones: quiere decir, por lo tanto, que Dios lo ha abandonado, etc. Pero me arriesgaría a señalar que no era en absoluto el signo prosaico de su culpabilidad: era la última fase, el último episodio, la conclusión de un enfrentamiento.[17] Y fue necesaria toda una estatización de la

[17] A diferencia del medio de prueba soberano que es la ordalía –expresión misma del testimonio de Dios–, la tortura es una manera de provocar la confesión judicial. Cuando en 1232 el papa Gregorio IX encarga a los dominicanos el establecimiento de un tribunal de inquisición, especializado en la búsqueda y el castigo de los herejes, el procedimiento inquisitorial se incorpora al derecho canónico. El recurso a la tortura judicial es aprobado por una bula del 15 de mayo de 1252, *Ad Extirpanda*, de Inocencio IV, y ratificado en 1256 por otra de Alejandro IV, *Ut Negotium Fidei*. Al mencionar la cuestión de la Inquisición en la tercera clase del curso ya citado de 1970-1971, "La volonté de savoir", Foucault dice de ella que "se trata de muy otra cosa que de la obtención de una verdad, una confesión [...] Es un desafío que, en el seno del pensamiento y la práctica cristianos, retoma las formas ordálicas". Véase M. Foucault, *Surveiller et punir...*, *op. cit.*, pp. 43-47, y *DE*, II, núm. 163, pp. 810-811. Cf.: Henry Charles Lea, *Histoire de l'Inquisition...*, *op. cit.*, t. I, cap. 9, "La procédure inquisitoriale", pp. 450-483, sobre la tortura, pp. 470-478; Louis Tanon, *Histoire des tribunaux de l'Inquisition...*, *op. cit.*, sec. III, "Procédure des tribunaux de l'Inquisition", pp. 326-440; Elphège Vacandard, *L'Inquisition. Étude historique et critique sur le pouvoir coercitif de l'Église*, 3ª ed., París, Bloud et Gay, 1907, p. 175; Henri Leclercq, art. "Torture", en Fernand Cabrol, Henri Leclercq y Henri-Irénée Marrou (dirs.), *Dictionnaire d'archéologie chrétienne et de liturgie*, París, Letouzey et Ané, 1953, t. XV, col. 2447-2459; Piero Fiorelli, *La Tortura giudiziaria nel diritto comune*, Milán, Giuffrè, 1953. Sobre la Inquisición en general pueden consultarse: Jean Guiraud, *Histoire de l'Inquisition au Moyen Âge*, 2 vols., París, A. Picard, 1935-1938; Henri

justicia para que, *finalmente, se pasara de esa técnica de establecimiento de* la verdad en la prueba a su establecimiento en el acta, mediante el testimonio y la demostración.[18]

Podríamos decir lo mismo de la alquimia. En el fondo, lo que ésta hizo jamás fue refutado efectivamente por la química, razón por la cual la alquimia no puede aparecer en la historia de la ciencia como un error o un callejón sin salida científico: no responde y nunca respondió a la tecnología de la verdad demostrativa; respondió de cabo a rabo a la tecnología de la verdad *acontecimiento o la verdad prueba.*

Para retomar de manera muy grosera sus principales características, ¿qué es, en sustancia, la búsqueda alquímica? Esa búsqueda implica, ante todo, la iniciación de un individuo, es decir su calificación moral o su calificación ascética; debe prepararse para la prueba de la verdad, no tanto mediante la acumulación de una serie de conocimientos como por el hecho de pasar adecuadamente el ritual requerido.[19] Además, en la propia operación alquímica, el *opus* alquímico no es, en definitiva, la adquisición de un resultado determinado; *el opus es la puesta en escena ritual de unos cuantos acontecimientos*, entre los cuales acaso se contará, de acuerdo con cierto margen de azar, suerte o bendición, la verdad que ha de irrumpir o pasar como una oportunidad que es preciso aprovechar, en un momento ritualmente determinado pero siempre enigmático para quien actúa, y que éste deberá captar y comprender con exactitud.[20] Esto hace, por otra parte, que el saber alquí-

---

Maisonneuve, *Études sur les origines de l'Inquisition*, 2ª ed. revisada y aumentada, París, J. Vrin, 1960.

[18] Esta cuestión constituyó el objeto de la decimotercera clase del curso ya citado de 1971-1972, "Théories et institutions pénales", consagrada a la confesión, la pesquisa y la prueba. Véase el resumen del curso, *DE*, II, núm. 115, pp. 390-391.

[19] Cf. Mircea Eliade, *Forgerons et alchimistes* (1956), nueva edición revisada y aumentada, París, Flammarion, 1977, col. "Idées et Recherches", p. 136 [trad. esp.: *Herreros y alquimistas*, Madrid, Alianza, 1999]: "Ninguna virtud y ninguna erudición podían dispensar de la experiencia iniciática, la única capaz de efectuar la ruptura de nivel implicada en la 'transmutación'", y p. 127: "Toda iniciación entraña una serie de pruebas rituales que simbolizan la muerte y resurrección del neófito".

[20] Como recordará Lucien Braun en una comunicación sobre Paracelso y la alquimia, "el proceder del alquimista debe ser sin descanso el de un buscador al acecho [...] Paracelso

mico sea un saber que siempre se pierde, incapaz de tener las mismas reglas de acumulación que un saber de tipo científico: el saber alquímico debe recomenzar constantemente, siempre de cero, es decir que cada cual debe recomenzar todo el ciclo de las iniciaciones; en este saber no nos subimos sobre los hombros de nuestros predecesores.

Lo digno de destacarse es que a veces, en efecto, algo así como un secreto –un secreto siempre enigmático, por lo demás–, grimorio del cual podría creerse que no es nada pero que en realidad contiene lo esencial, cae en manos de alguien. Y ese secreto, tan secreto que ni siquiera se sabe que lo es, salvo si uno ha atravesado, justamente, las iniciaciones rituales, si está preparado o si la ocasión es propicia, pone sobre la pista de algo que se producirá o no se producirá; el secreto, de todas maneras, volverá a perderse o, en todo caso, quedará enterrado en algún texto o grimorio que un azar ha de poner nuevamente como una oportunidad, como el *kairos* griego, en manos de alguien que podrá reconocerlo o no reconocerlo.[21]

---

ve en el proceso alquímico un parto constante, en que el momento subsiguiente siempre es una sorpresa con respecto al que lo precede"; cf. Lucien Braun, "Paracelse et l'alchimie", en Jean-Claude Margolin y Sylvain Matton (dirs.), *Alchimie et philosophie à la Renaissance (Actes du colloque international de Tours, 4-7 décembre 1991)*, París, Vrin, 1993, p. 210. Véase asimismo M. Eliade, *Forgerons et alchimistes*, *op. cit.*, pp. 126-129, sobre las fases del *opus alchymicum*.

[21] Véanse: Wilhelm Ganzenmüller, *Die Alchemie im Mittelater*, Paderborn, Bonifacius, 1938 (trad. francesa: *L'Alchimie au Moyen-Âge*, trad. de G. Petit-Dutaillis, París, Aubier, 1940), y los estudios reunidos en *Beiträge zur Geschichte der Technologie und der Alchemie*, Weinheim, Verlag Chemie, 1956; Frank Sherwood Taylor, *The Alchemists, Founders of Modern Chemistry*, Nueva York, H. Schuman, 1949 [trad. esp.: *Los alquimistas. Fundadores de la química moderna*, México, Fondo de Cultura Económica, 1977]; René Alleau, *Aspects de l'alchimie traditionnelle*, París, Éditions de Minuit, 1953; Titus Burckhardt, *Alchemie, Sinn und Weltbild*, Olten, Walter-Verlag, 1960 [trad. esp.: *Alquimia: significado e imagen del mundo*, Barcelona, Paidós, 2000]; Michel Caron y Serge Hutin, *Les Alchimistes*, 2ª ed., París, Seuil, 1964, col. "Le temps qui court"; Herwig Buntz, Emil Ploss, Heinz Roosen-Runge y Heinrich Schipperges, *Alchimia: Ideologie und Technologie*, Múnich, Heinz Moos Verlag, 1970; Bernard Husson, *Anthologie de l'alchimie*, París, Belfond, 1971; Frances A. Yates, *Giordano Bruno and the Hermetic Tradition*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1964 (trad. francesa: *Giordano Bruno et la tradition hermétique*, traducción de M. Rolland, París, Dervy-livres, 1988) [trad. esp.: *Giordano Bruno y la tradición hermética*, Barcelona, Ariel, 1983]. Foucault aborda la

Bien, todo esto corresponde a una tecnología de la verdad que no tiene nada que ver con la tecnología de la verdad científica, y en ese sentido la alquimia no se inscribe de ningún modo en la historia de la ciencia, [ni] siquiera a título de esbozo, [ni] siquiera a título de posibilidad. Sin embargo, dentro de un saber que quizás no calificaremos de científico, pero que de todos modos rozó, habitó los confines de la ciencia y acompañó su nacimiento en el siglo XVIII –y me refiero a la medicina–, esa tecnología de la verdad prueba o la verdad acontecimiento permaneció durante mucho tiempo en el corazón de la práctica médica.

Permaneció en el corazón de la práctica médica durante siglos: en líneas generales, desde Hipócrates[22] hasta Sydenham,[23] e incluso hasta la medicina

cuestión de la alquimia en su tercera conferencia sobre "La vérité et les formes juridiques" (23 de mayo de 1973), *op. cit.*, pp. 586-587, y en "La maison des fous" (1975), *DE*, II, núm. 146, pp. 693-694.

[22] Hipócrates, nacido en 460 a.C. en la isla dórica de Cos, en Asia Menor, murió hacia 375 a.C. en Larissa, Tesalia. Sus obras, escritas en el dialecto jónico de los sabios, constituyen el núcleo de lo que con el tiempo llegará a conocerse como corpus hipocrático. Cf.: Gossen, art. "Hippokrates", en August Friedrich Pauly y Georg Wissowa (dirs.), *Realencyclopädie der classischen Altertumswissenschaft*, Stuttgart, Metzler, 1901, t. VIII, cols. 1801-1852; Max Pohlenz, *Hippokrates und die Begründung der wissenschaftlichen Medizin*, Berlín, De Gruyter, 1938; Charles Lichtenthaeler, *La Médecine hippocratique* (serie de estudios en francés y alemán), 9 vols., Ginebra, Droz, 1948-1963; Ludwig Edelstein, "Nachträge: Hippokrates", en A. F. Pauly y G. Wissowa (dirs.), *Realencyclopädie..., op. cit.*, supl. VI, 1953, cols. 1290-1345; Robert Joly, *Le Niveau de la science hippocratique. Contribution à la psychologie de l'histoire des sciences*, París, Les Belles Lettres, 1966; Jacques Jouanna, *Hippocrate. Pour une archéologie de l'école de Cnide*, París, Les Belles Lettres, 1974. La edición fundamental de las obras de Hipócrates sigue siendo la bilingüe de Littré (cf. *supra*, nota 10).

[23] Thomas Sydenham (1624-1689), médico inglés conocido por los cambios que aportó al saber de su disciplina. Como señala M. Foucault en *Histoire de la folie..., op. cit.* (1972), pp. 205-207, Sydenham organizó el saber de la patología según nuevas normas, al elevar la observación a la jerarquía de método, tomar en cuenta los síntomas descriptos por el enfermo, contra los sistemas médicos que, como el galenismo o la iatroquímica, recurrían a un enfoque especulativo –ello le valió el nombre de "Hipócrates inglés"–, y elaborar una descripción "naturalista" de las enfermedades, que brindaba la posibilidad de reunir los casos clínicos en "especies" mórbidas definidas a la manera de los botánicos. Publicó el resultado de sus observaciones en *Observationes medicae circa morborum acutorum historiam et curationem. Methodus curandi febres, propiis observationibus superstructa*, Londres, Kettilby, 1676. Cf.: Knud

del siglo XVIII, esto es, durante 22 siglos.[24] En la medicina –no hablo de la teoría médica, no me refiero a lo que en la medicina comenzaba a esbozar

---

Faber, *Thomas Sydenham, der englische Hippokrates, und die Krankheitsbegriffe der Renaissance*, Múnich, Medizinische Wochenschrift, 1932, pp. 29-33; Emanuel Berghoff, *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes*, Viena, W. Maudrich, 1947, pp. 68-73; Lester Snow King, "Empiricism and rationalism in the works of Thomas Sydenham", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 44, 1, 1970, pp. 1-11.

Sydenham es, como lo recuerda Michel Foucault en *Histoire de la folie…, op. cit.* (1972), pp. 305-308, una de las personas que contribuyeron a privilegiar una explicación de la histeria en términos de trastornos fisiológicos de los nervios, referidos a los desórdenes de los "espíritus animales", contra la explicación tradicional que aludía al útero y el modelo humoral de los "vapores": "La afección histérica […] procede únicamente del desorden de los espíritus animales y no es producida, pese a lo que digan algunos autores, por una corrupción del semen o la sangre menstrual, portadores de vapores malignos a los lugares afectados"; cf. Thomas Sydenham, *Dissertatio epistolaris ad G. Cole de observationis nuperis circa curationem variolarum, confluentium, necnon de affectione hysterica*, Londres, Kettilby, 1682 (trad. francesa: *Dissertation en forme de lettre à Guillaume Cole*, en *Œuvres de médecine pratique*, trad. de A. F. Jault y J.-B. Baumes, Montpellier, J. Tourel, 1816, t. II, pp. 65-127; el texto citado corresponde a la p. 85). Cf.: Ilza Veith, "On hysterical and hypochondriacal affections", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 30, 3, 1956, pp. 233-240, y *Hysteria: The History of a Disease*, Chicago, University of Chicago Press, 1965 (trad. francesa: *Histoire de l'hystérie*, trad. de S. Dreyfus, París, Seghers, 1973, col. "Psychologie contemporaine", pp. 138-146). De manera más general: Charles Daremberg, *Histoire des sciences médicales, comprenant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale*, París, J.-B. Baillière, 1870, t. II, cap. 23, "Sydenham, sa vie, ses doctrines, sa pratique, son influence", pp. 706-734; Kenneth Dewhurst, *Dr Thomas Sydenham (1624-1689): His Life and Original Writings*, Londres, Wellcome Historical Medical Library, 1966. Véanse las ediciones inglesa y francesa de sus obras: R. G. Latham (comp.), *The Works of Thomas Sydenham, Translated from the Latin Edition of Dr Greenhill, with a Life of the Author*, 2 vols., Londres, Sydenham Society, 1848-1850; *Œuvres de médecine pratique, op. cit.*

[24] Michel Foucault se apoya en la obra de John Barker (mencionada en el manuscrito), *Essai sur la conformité de la médecine des anciens et des modernes, en comparaison entre la pratique d'Hippocrate, Galien, Sydenham et Boerhaave dans les maladies aiguës*, trad. de R. Schomberg, París, Cavalier, 1749, pp. 75-76: "Para él [el médico; J. L.] resulta de indispensable necesidad instruirse a fondo en la doctrina de las crisis y los días críticos […], ponerse en capacidad de descubrir si la cocción de los humores se hace como corresponde o no, en qué momento debe esperarse la crisis, de qué tipo debe ser y si se llevará por completo el mal o no". Véase también J.-B. Aymen, *Dissertation [sur] les jours critiques…*, París, Rault, 1752.

como algo semejante a una anatomía o una fisiología–, en la práctica médica, en la relación que el médico establecía con la enfermedad, había algo que correspondía y siguió correspondiendo a lo largo de 22 siglos a esa tecnología de la verdad prueba, y en absoluto a la verdad demostrativa; ese algo es la *noción de "crisis" o, mejor, el conjunto de las prácticas médicas que se organizaron* en torno de esa noción.

En sustancia, ¿qué es la crisis en el pensamiento médico desde Hipócrates? Lo que voy a decir es, desde luego, muy esquemático, pues recorreré pretenciosamente esos 22 siglos sin tener en cuenta todas las modificaciones (sobresaltos, breves desapariciones de la noción, reapariciones, etcétera).

¿Qué es la crisis en la práctica médica previa a la anatomía patológica? La crisis, como se sabe, es el momento en que amenaza decidirse la evolución de la enfermedad, es decir cuando se corre un riesgo de vida o muerte o de paso a un estado crónico.[25] ¿Es el momento de una evolución? No del todo: para ser exactos, la crisis es el momento del combate, el momento de la batalla o, en ella misma, el momento preciso de su resolución. Batalla de la Naturaleza y el Mal, combate del cuerpo contra la sustancia morbífica[26] o

---

Ilustra la importancia de la noción el hecho de que el artículo "Crise" de la *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* de D'Alembert y Diderot esté firmado por un gran nombre de la medicina, Théophile Bordeu (1722-1776) y ocupe 18 páginas *in folio* (Lausana, Société Typographique, 1754, t. IV).

[25] La κρίσις designa, en la evolución de una enfermedad, el momento en que se produce un cambio decisivo: "Hay crisis en las enfermedades cuando éstas aumentan, se debilitan, se transforman en otra enfermedad o se terminan" (Hipócrates, *Affections*, § 8, en *Œuvres complètes*, *op. cit.*, t. VI, 1847, p. 216) [trad. esp.: *Sobre las afecciones*, en *Tratados hipocráticos*, *op. cit.*, t. III]. Cf.: G. Hamelin, art. "Crise", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, *op. cit.*, 1ª serie, t. XXIII, 1879, pp. 258-319; Pierre Chantraine, art. "Κρίσις", en *Dictionnaire étymologique...*, *op. cit.*, t. II, p. 584; Louis Bourgey, *Observation et expérience chez les médecins de la Collection Hippocratique*, París, Vrin, 1953, pp. 236-247. Sobre los términos médicos griegos, véase Nadia Van Brock, *Recherches sur le vocabulaire médical du grec ancien. Soins et guérison*, París, Klincksieck, 1961. Véase Michel Foucault, *DE*, II, núm. 146, pp. 693-694.

[26] Tal es, poco más o menos, la definición propuesta por Sydenham en sus *Observationes medicae...*, sec. I, cap. 1, § 1: "La enfermedad no es otra cosa que un esfuerzo de la naturaleza que, para conservar al enfermo, trabaja con todas sus fuerzas a fin de evacuar la materia morbífica" (citado por Charles Daremberg, *Histoire des sciences médicales...*, *op. cit.*, t. II, p. 717).

batalla, como dirán los médicos del siglo XVIII, de los sólidos contra los humores, etc.[27] Y ese combate tiene sus días determinados, sus momentos prescriptos por el calendario; pero esa prescripción de los días críticos es ambigua, *pues los días de crisis para una enfermedad marcan, en efecto, una* suerte de ritmo natural que es precisamente característico de ese mal y sólo de él. Es decir que cada enfermedad tiene su propio ritmo de crisis posibles y cada enfermo tiene días en que la crisis puede desencadenarse. Así, Hipócrates ya distinguía entre las fiebres las que tienen crisis los días pares y las que las tienen los días impares; en las primeras, la crisis puede darse el cuarto, el sexto, el octavo, el décimo, el decimocuarto, el vigesimoctavo, el tri-

[27] En *Histoire de la folie*, Foucault ya ponía de relieve el desplazamiento que se produce en la medicina del siglo XVIII, cuando "se demanda el secreto de las enfermedades a los elementos líquidos y sólidos del cuerpo", y ya no a los "espíritus animales"; cf. Michel Foucault, *Histoire de la folie..., op. cit.* (1972), pp. 245 y 285. Mediante la integración de los aportes de la física, la química y las ciencias naturales, Hermann Boerhaave (1668-1738) hace de la enfermedad el resultado de una alteración del equilibrio de sólidos y líquidos: *Institutiones medicae, in usus annae exercitationis domesticos digestae*, Leiden, Van der Linden, 1708, p. 10 (trad. francesa: *Institutions de médecine*, trad. de J. O. de La Mettrie, París, Huart, 1740, t. I. Cf.: C. Daremberg, *Histoire des sciences médicales..., op. cit.*, t. II, cap. XXVI, pp. 897-903; Lester Snow King, *The Background of Hermann Boerhaave's Doctrines (Boerhaave Lecture, Held on September 17th, 1964)*, Leiden, Universitaire Pers, 1965.

Friedrich Hoffmann (1660-1742), médico de Halle, considera las enfermedades como el resultado de alteraciones de las partes sólidas y líquidas del cuerpo y de sus funciones, y, de acuerdo con su perspectiva mecanicista, atribuye un gran papel a las modificaciones de la tonicidad de las fibras y de la mecánica del flujo sanguíneo. Véase Friedrich Hoffmann, *Fundamenta medicinae ex principiis mechanicis et practicis in usum Philiatrorum succincte proposita [...] jam aucta et emendata, etc.*, Halle, Magdeburgicae, 1703 (trad. inglesa: *Fundamenta medicinae*, trad. de L. S. King, Londres y Nueva York, Macdonald/American Elsevier, 1971, p. 10), y *Medicina rationalis systemica*, 2 vols., Halle, Renyeriana, 1718-1720 (trad. francesa: *La Médecine raisonnée de M. Fr. Hoffmann*, trad. de J.-J. Bruhier, París, Briasson, 1738. Cf.: Charles Daremberg, *Histoire des sciences médicales..., op. cit.*, t. II, pp. 905-952; Karl E. Rothschuh, "Studien zu Friedrich Hoffmann (1660-1742)", *Studhoffs Archiv für Geschichte der Medizin*, vol. 60, 1976, pp. 163-193 y 235-270. Sobre esta medicina del siglo XVIII, véanse las contribuciones de Lester Snow King: *The Medical World of the Eighteenth Century*, Chicago, University of Chicago Press, 1958, y "Medical theory and practice at the beginning of the eighteenth century", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 46, 1, 1972, pp. 1-15.

gesimocuarto, el trigesimoctavo, el quincuagésimo, el octogésimo día.[28] Y esto genera en Hipócrates y la medicina hipocrática una especie de descripción –no podemos decir sintomatológica– de la enfermedad, que la caracteriza a partir de la fecha obligada, posible, de la crisis. Se trata, por lo tanto, de un carácter intrínseco a la enfermedad.

Pero también es una oportunidad que debe aprovecharse, más o menos como ocurría en la adivinación griega con la fecha considerada propicia.[29] Así como había días en que no podía iniciarse una batalla, había días en que no debía suscitarse una crisis; y, así como había malos generales que no libraban la batalla un día propicio, había enfermos o enfermedades que hacían su crisis un día poco oportuno, de suerte que, en ese momento, se daban malas crisis; crisis que conducían por fuerza a una evolución desfavorable, de lo cual no debe deducirse que cuando la crisis llegaba en un momento propicio el resultado fuera siempre favorable, pero había con ello una especie de complicación añadida. Podrán advertir el juego de esta crisis que es a la vez el ca-

[28] Hipócrates, *Épidémies*, I, tercera sec., § 12, en *Œuvres complètes*, *op. cit.*, t. II, 1840, pp. 679-681 [trad. esp.: *Epidemias*, en *Tratados hipocráticos*, *op. cit.*, t. V]: "Las enfermedades que tienen redoblamientos en los días pares se juzgan los días pares; las que tienen redoblamientos los días impares, se juzgan los días impares. En las afecciones que se juzgan los días pares, el primer período llega en el cuarto día y luego, sucesivamente, en los días sexto, octavo, décimo, decimocuarto, vigésimo, cuadragésimo, sexagésimo, octogésimo, centésimo [...] Es importante prestar atención a ello y recordar que en esos momentos de la enfermedad las crisis serán decisivas para la salvación o la muerte, o al menos que el mal tenderá de manera notoria hacia lo mejor o lo peor".

[29] Sobre la determinación de los días fastos o nefastos para consultar a un oráculo, cf. Pierre Amandry, *La Mantique apollinienne à Delphes. Essai sur le fonctionnement de l'oracle*, París, E. de Boccard, 1950, cap. VII, "Fréquence des consultations", pp. 81-85. Sobre la "mántica" griega en general, derivada del verbo μαντεύεσθαι, que significa "pronunciar el oráculo", conjeturar según los oráculos, obrar como adivino (νάντις), el libro fundamental, aunque envejecido, sigue siendo el de Auguste Bouché-Leclercq, *Histoire de la divination dans l'Antiquité*, 4 vols., París, Leroux, 1879-1882. Véanse también: William R. Halliday, *Greek Divination: A Study of its Methods and Principles*, Londres, Macmillan, 1913; Jean Defradas, "La divination en Grèce", en André Caquot y Marcel Leibovici (comps.), *La Divination*, París, Presses Universitaires de France, 1968, t. I, pp. 157-195; Robert Flacelière, *Devins et oracles grecs*, *op. cit.*; Jean-Pierre Vernant (comp.), *Divination et rationalité*, París, Seuil, 1974.

rácter intrínseco y la ocasión obligatoria, el ritmo ritual en el cual los acontecimientos deberían desarrollarse.

Ahora bien, en el momento en que se suscita la crisis, la enfermedad estalla en su verdad; no sólo se trata de un momento discontinuo sino que, además, es el momento en que la enfermedad –no digo: "revela" una verdad oculta en sí– se produce en lo que es su verdad propia, su verdad intrínseca. Antes de la crisis la enfermedad es esto o aquello; a decir verdad, no es nada. La crisis es la realidad de la enfermedad que, de alguna manera, se convierte en verdad. Y el médico debe intervenir precisamente en ese momento.

Pues, ¿cuál es el papel del médico en la técnica de la crisis? Debe considerar que ésta es el medio, prácticamente el único medio a través del cual él puede tener influencia sobre la enfermedad. La crisis, con sus variables de tiempo, intensidad, tipos de resolución, etc., define el modo de intervención del médico.[30] En primer lugar, éste debe, por un lado, prever la crisis, identificar el momento en que ha de producirse,[31] esperar justamente el día en que suceda, y en ese momento librará la batalla para vencer[32] o, bueno, para hacer que la naturaleza triunfe sobre la enfermedad. En cierto sentido, el papel del médico consistirá entonces en reforzar la energía de la naturaleza. Pero es preciso tener cuidado con esto de reforzar la energía de la naturaleza, pues si se la refuerza demasiado al combatir contra la enfermedad, ¿cuál será la consecuencia? La enfermedad, agotada, por decirlo de algún modo, y sin fuerzas suficientes, no se trabará en combate y la crisis no sobrevendrá, y si

[30] Hipócrates, *Épidémies*, *op. cit.*, III, tercera sec., § 16, p. 103, en la cual Hipócrates "considera como una parte importante del arte de la medicina" la capacidad "de observar el orden de los días críticos y extraer de ellos los elementos del pronóstico. Cuando esas cosas se conocen, también se sabe a qué enfermo, en qué momento y de qué manera es preciso alimentar".

[31] Hipócrates, *Pronostic*, § 1, en *Œuvres complètes*, *op. cit.*, t. II, p. 111: "El mejor médico es, a mi juicio, aquel que sabe conocer por anticipado [...] Tratará tanto mejor las enfermedades cuanto más sepa, con la ayuda del estado actual, prever el estado futuro".

[32] Según los términos mismos de Hipócrates, la tarea del médico es "combatir [ανταγονισασθαί] mediante su arte cada uno de los accidentes" (*ibid.*). Además, "si se conoce la causa de la enfermedad, se estará en condiciones de administrar al cuerpo lo que le es útil, partiendo de los contrarios para oponerse [εκ τοῦ εναντίου επιστάμενος] a la enfermedad"; cf. Hipócrates, *Des vents*, I, en *Œuvres complètes*, *op. cit.*, t. VI, p. 93 [trad. esp.: *Sobre los flatos*, en *Tratados hipocráticos*, *op. cit.*, t. II].

la crisis no sobreviene, el estado funesto persistirá; es necesario, entonces, mantener un equilibrio adecuado. De la misma manera, si se refuerza en exceso la naturaleza, si ésta se vuelve demasiado vigorosa y fuerte, los movimientos por medio de los cuales tratará de expulsar la enfermedad serán demasiado violentos y, en esa misma violencia, el enfermo estará en peligro de *morir a causa del esfuerzo que la propia naturaleza hace contra la enfermedad*. Por consiguiente, no hay que debilitar demasiado la enfermedad, [con lo cual] existiría, en cierto modo, el riesgo de evitar la crisis, ni reforzar en exceso la naturaleza, pues entonces la crisis amenazaría ser demasiado violenta. Como ven, en esta tecnología de la crisis, el médico aparece mucho más como el gerente y el árbitro de la crisis que como el agente de una intervención terapéutica.* Es menester que el médico la prevea, sepa cuáles son las fuerzas puestas frente a frente, imagine la salida que puede tener y disponga *las cosas de tal manera que la crisis se produzca el día adecuado; debe percibir* su anuncio, su fuerza, e introducir exactamente las modificaciones necesarias en cada platillo de la balanza, que llevarán a la crisis, en el fondo, a desarrollarse como debe hacerlo.

Como se darán cuenta, en su forma general, la técnica de la crisis en la medicina griega no es diferente de la técnica del juez, el árbitro, cuando se trata de un litigio judicial. En esa técnica de la prueba tenemos una especie de modelo, de matriz jurídico-política que se aplica tanto al combate litigioso en una causa de derecho penal como a la práctica médica; por lo demás, en la práctica médica tenemos una complejidad complementaria que podríamos constatar de igual modo en la práctica judicial. Es la siguiente: como ven, el médico no cura y ni siquiera puede decirse que enfrente directamente la enfermedad, pues la encargada de ello es la naturaleza; el médico prevé la crisis, evalúa las fuerzas enfrentadas, trata de modificar levemente el juego, al menos la relación de fuerzas, y tiene éxito si hace triunfar a la naturaleza. Y en ese papel de árbitro, el médico es a su vez –para volver precisamente a la palabra "crisis" que, después de todo, quiere decir "juzgar",[33]

* El manuscrito agrega: "papel de observancia de las reglas más que de observación de los fenómenos".

[33] Tomado del vocabulario jurídico, el término *krisis* significa "juicio", "decisión", antes de designar en medicina el momento crucial en que "la enfermedad se juzga [κρινεται] por

así como la enfermedad se juzga el día de la crisis– juzgado por la manera como ha presidido el combate y puede salir vencedor o vencido con respecto a la enfermedad.

Es un combate del médico en comparación con el combate de la naturaleza y la enfermedad, un combate de segundo grado del que saldrá vencedor o vencido con respecto a esas leyes internas, pero también con referencia a los otros médicos. Y aquí volvemos al modelo jurídico. Como saben, los jueces podían ser descalificados cuando juzgaban mal y ser víctimas a su vez de un proceso del que saldrían vencedores o vencidos; además, esa especie de justa entre los adversarios y entre las leyes del combate y el juez tenía un carácter público. En ese combate doble siempre había rasgos de publicidad. Ahora bien, la consulta médica tal como la vemos funcionar desde Hipócrates hasta los famosos médicos de Molière –sobre cuyo sentido y estatus sería preciso reflexionar un poco– se hacía siempre de a varios.[34] Es decir que se trataba de una justa, al mismo tiempo, de la naturaleza contra la enfermedad, del médico con respecto a ese combate entre una y otra y del médico con los otros médicos.

Y estaban allí, unos frente a otros, y cada uno predecía a su manera cuándo debía producirse la crisis, cuál sería su naturaleza y cuál su desenlace. La

---

la muerte o por la vida" ; cf. Hipócrates, *Des affections internes*, 21-220, 9, en *Œuvres complètes*, *op. cit.*, t. VII, p. 217. Considérese también esta expresión de las *Epidemias*, I, segunda sec., § 4: "En algunos [...], la enfermedad se juzgó por una crisis" (*Épidémies*, *op. cit.*, t. II, p. 627). En cuanto al médico, es juzgado por su sentido de la oportunidad de las intervenciones; cf. *Des maladies*, *op. cit.*, I, 5, pp. 147-151.

[34] Véanse las escenas médicas en las piezas de Molière (1622-1673): *L'Amour médecin* (representada el 14 de septiembre de 1665), segundo acto, escena 2, en la que intervienen cuatro médicos, así como las escenas (3 y 4) de la consulta, en *Œuvres complètes*, edición establecida por M. Rat, París, Gallimard, 1947, col. "Bibliothèque de la Pléiade", t. II, pp. 14-25 [trad. esp.: *El amor médico*, Madrid, Gredos, 2004]; *Monsieur de Pourceaugnac* (6 de octubre de 1669), en cuyo primer acto, escenas 7 y 8, aparecen dos médicos y un boticario, en *ibid.*, pp. 111-120 [trad. esp.: *El señor de Puercoñac*, Madrid, Gredos, 2004]; *Le Malade imaginaire* (10 de febrero de 1673), obra póstuma (1682), segundo acto, escenas 5 y 6, y tercer acto, escena 5, en *ibid.*, pp. 845-857 y 871-873 [trad. esp.: *El enfermo imaginario*, Madrid, Gredos, 2004]. Cf. François Millepierres, *La Vie quotidienne des médecins au temps de Molière*, París, Hachette, 1964.

famosa escena que Galeno relató para explicar cómo había hecho fortuna en Roma, sin importar su índole autoapologética, me parece una escena muy típica de esa especie de entronización del médico. Se trata de la historia del joven Galeno, médico de Asia Menor, cuando llega como un desconocido a Roma y participa en una suerte de justa médica alrededor de un paciente. Mientras todos los otros médicos predicen esto y aquello, Galeno mira al joven que está enfermo y dice: en los próximos momentos va a tener una crisis, la crisis consistirá en una hemorragia nasal y le sangrará la ventana derecha. Y en efecto, así sucede; entonces, dice Galeno, todos los médicos que me rodeaban se eclipsaron con discreción, uno tras otro.[35] La justa era al mismo tiempo una justa de los médicos entre sí.

La apropiación de un enfermo por un médico, la constatación del médico de familia y el soliloquio entre el médico y el paciente son el efecto de toda una serie de transformaciones a la vez económicas, sociológicas y epistemológicas de la medicina; sin embargo, en esta medicina de prueba cuyo elemento principal era la crisis, la justa entre médicos era tan esencial como la justa entre la naturaleza y la enfermedad. Por lo tanto, en una medicina que, reiterémoslo, no fue como la alquimia absolutamente ajena a los desarrollos del saber científico que lindó y se entrelazó con ella, que la atravesó, vemos una práctica en la cual encontramos aún durante mucho tiempo la tecnología de la verdad prueba, la verdad acontecimiento.

Una palabra más sobre el tema. La extensión de la otra serie, la extensión de la tecnología demostrativa de la verdad, como vemos con el ejemplo de la

[35] Referencia a un episodio acaecido durante la primera temporada que Galeno, nacido en Pérgamo en 129, pasa en Roma, del otoño de 162 al verano de 166, antes de volver y establecerse definitivamente en la ciudad, desde 169 hasta su muerte, alrededor de 200. Cf. Galeno, *De Praecognitione* (178), § 13, en *Opera omnia*, ed. y trad. latina de C. G. Kühn, Leipzig, in officina C. Cnoblochii, 1827, t. XIV, pp. 666-668. Desde entonces se cuenta con la ed. y trad. inglesa de Vivian Nutton, *On Prognosis. Corpus Medicorum Graecorum*, V, 8, 1, Berlín, Akademie-Verlag, 1979, pp. 135-137. Sobre las relaciones de Galeno con el medio médico romano, cf. Jean Walsh, "Galen clashes with the medical sects at Rome (163 AD)", en *Medical Life*, vol. 35, 1928, pp. 408-444. Sobre su práctica: Johannes Ilberg, "Aus Galens Praxis. Ein Kulturbild aus der römischen Kaiserzeit", en *Neue Jahrbücher für das klassische Altertum*, vol. 15, Leipzig, Teubner, 1905, pp. 276-312; Vivian Nutton, "The chronology of Galen's early career", en *The Classical Quarterly*, vol. 23, 1973, pp. 158-171.

medicina, no se produjo, desde luego, de una sola vez, como si se tratara de una inversión global; indudablemente, tampoco se produjo de la misma manera tratándose de la astronomía o de la medicina, de la práctica judicial o de la botánica. Pero en líneas generales creo que podemos decir lo siguiente: dos procesos sirvieron de soporte a esa transformación de la tecnología de la verdad, al menos en lo concerniente al saber empírico.

A mi entender, el paso de una tecnología de la verdad acontecimiento a la verdad demostración está ligado, por una parte, a la extensión de los procedimientos políticos de la pesquisa. La pesquisa, el informe, el testimonio múltiple, la superposición de informaciones, la circulación del saber desde el centro del poder hasta su punto de culminación y su retorno, así como todas las instancias de verificación paralelas, constituyeron gradualmente, poco a poco, a lo largo de la historia, el instrumento de un poder político y económico que es el de la sociedad industrial; de allí el afinamiento, la imbricación cada vez más minuciosa de esas técnicas en el seno mismo de los elementos a los cuales solían aplicarse. A grandes rasgos, el afinamiento que permitió el paso de una pesquisa esencialmente de tipo fiscal en la Edad Media: saber quién cultiva qué, quién es dueño de qué –a fin de extraer lo necesario– a la pesquisa de tipo policial sobre el comportamiento de la gente, su manera de vivir, de pensar, de hacer el amor, etc., ese paso de la pesquisa fiscal a la pesquisa policial, la constitución de la individualidad policial a partir de la individualidad fiscal, que era la única conocida por el poder medieval, todo eso es significativo del afianzamiento de la técnica de pesquisa en una sociedad como la nuestra.[36]

Además, no hubo sólo afianzamiento en el lugar sino ampliación a toda la superficie del globo, extensión planetaria. Doble movimiento de coloniza-

[36] Este pasaje es un eco de los numerosos planteamientos consagrados por Michel Foucault a la "pesquisa": curso ya citado de 1971-1972, "Théories et institutions pénales", cuya primera parte aborda la pesquisa y su desarrollo en la Edad Media: *DE*, II, núm. 115, pp. 390-391; el curso ya citado de 1972-1973, "La société punitive", en el cual Foucault vuelve, el 28 de marzo de 1973, a la constitución de un "saber de pesquisa"; la tercera conferencia de "La vérité et les formes juridiques" (23 de mayo de 1973), que aborda la cuestión, *op. cit.*, pp. 581-588. En 1975, *DE*, II, núm. 146, pp. 696-697, Foucault volverá a ocuparse del proceso de colonización de una "verdad prueba" en forma de acontecimiento por una "verdad acta" en forma de conocimiento.

ción: colonización en profundidad que parasitó hasta los gestos, el cuerpo, el pensamiento de los individuos, y colonización a escala de los territorios y las superficies. Podemos decir que desde fines de la Edad Media se asiste al pesquisamiento generalizado de toda la superficie de la tierra, y hasta la textura más fina de las cosas, los cuerpos y los gestos: una suerte de gran parasitismo inquisitorial. Esto significa que, en todo momento y cualquier lugar del mundo, y con referencia a todas las cosas, se puede y se debe plantear la cuestión de la verdad. Hay verdad por doquier y la verdad nos espera en todas partes, en todo lugar y todo tiempo. Tal es, muy esquemáticamente, el gran proceso que llevó a esa inversión, el paso de una tecnología de la verdad acontecimiento a una tecnología de la verdad constatación.

El otro proceso fue en cierto modo un proceso inverso, [...]* el acondicionamiento de la escasez de esa verdad que es de todas partes y todos los tiempos; pero una escasez que, justamente, ya no afecta la aparición, la producción de la verdad, *sino a aquellos que son capaces de descubrirla*. En efecto, esa verdad universal, esa verdad de todos los lugares y todos los momentos, esa verdad que cualquier pesquisa puede y debe rastrear y descubrir acerca de cualquier cosa, está en cierto sentido al alcance de quienquiera. Cualquiera puede tener acceso a ella porque ella está presente por doquier y siempre, pero es preciso contar con las circunstancias necesarias, adquirir las formas de pensamiento y las técnicas que permitan, justamente, llegar a esa verdad ubicua pero siempre profunda, siempre enterrada, siempre de difícil acceso.

En consecuencia, habrá desde luego un sujeto universal de esa verdad universal, pero se tratará de un sujeto abstracto pues, en concreto, el sujeto universal capaz de aprehenderla será escaso: se requerirá un sujeto calificado por una serie de procedimientos que serán precisamente los de la pedagogía y la selección. Las universidades, las sociedades científicas, la enseñanza canónica, las escuelas, los laboratorios, el juego de las especializaciones, el juego de las calificaciones profesionales, representan una manera de manejar, con referencia a una verdad postulada por la ciencia como universal, la escasez de quienes pueden tener acceso a ella. La posibilidad de ser sujeto uni-

* Grabación: podríamos llamarlo.

versal será, por decirlo así, el derecho abstracto de todo individuo; pero en concreto, para ser sujeto universal deberá contarse necesariamente con la calificación de algunos pocos individuos que podrán actuar de ese modo. La aparición de los filósofos, los hombres de ciencia, los intelectuales, los profesores, los laboratorios y otros en la historia de Occidente a partir del siglo XVIII corresponde justamente, como correlato directo de la extensión de la postulación de la verdad científica, a la escasez de quien puede saber una verdad que ahora está presente por doquier y en todo momento. Bien. Ésa es la pequeña historia que quería hacer. ¿Cuál es su relación con la locura? Vamos ahora a eso.

* * *

En la medicina en general, de la cual les he hablado hace un momento, la noción de crisis desaparece a fines del siglo XVIII. Y desaparece no sólo como noción –podemos decir: después de Hoffmann–,[37] sino también como punto organizador de la técnica médica. ¿Por qué desaparece? Pues bien, creo que por las razones que acabo de darles en un esquema general: con referencia a la enfermedad, como en lo sucesivo con referencia a cualquier cosa, se organiza una suerte de espacio, de relevamiento inquisitorial.[38] Y es en esen-

[37] Vale decir, en la segunda mitad del siglo XVIII, porque Friedrich Hoffmann, que creía aún en la teoría de las crisis, aunque tenía reservas con respecto a la noción de días críticos, murió en 1742. Cf. C. Daremberg, *Histoire des sciences médicales*..., *op. cit.*, t. II, p. 929.

[38] *Ese relevamiento, que data de la organización de la correspondencia sanitaria administrativa* por los intendentes a fin de recoger informaciones sobre las epidemias y las enfermedades endémicas, encuentra su expresión institucional el 29 de abril de 1776 con la creación, por iniciativa de Turgot, de la Société de Correspondance Royale de Médecine, convertida el 28 de agosto de 1778 en la Société Royale de Médecine, cuya misión es estudiar epidemias y epizootias, antes de desaparecer en 1794. Cf. Caroline Hannaway, "The Société Royale de Médecine and epidemics in the Ancient Regime", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 46, 3, 1972, pp. 257-273. En lo concerniente a esas pesquisas: Jean Meyer, "Une enquête de l'Académie de médecine sur les épidémies (1774-1794)", en *Annales ESC*, XXI, 4, agosto de 1966, pp. 729-749; Henri Dupin y L. Massé, "Une enquête épidémiologique à péripéties multiples: l'étude de la pellagre", en *Revue d'Épidémiologie, Médecine Sociale et Santé Publique*, vol. XIX, 8, 1971, pp. 743-760; Jean-Pierre Peter, "Une enquête de la Société Royale de

cia la edificación de lo que podemos llamar, a grandes rasgos, el equipamiento hospitalario y médico en el siglo XVIII europeo lo que asegura la vigilancia general de las poblaciones y permite, en principio, poner a todos los individuos al alcance de la pesquisa sanitaria;[39] el hospital permite también integrar a la enfermedad el cuerpo del individuo vivo, y sobre todo su cuerpo

---

Médecine. Malades et maladies à la fin du XVIII^e siècle", en *Annales ESC*, XXII, 4, julio-agosto de 1967, pp. 711-751, y "Les mots et les objets de la maladie. Remarques sur les épidémies et la médecine dans la société française de la fin du XVIII^e siècle", en *Revue Historique*, 499, 1971, pp. 13-38; Jean-Paul Desaive, Pierre Goubert y Emmanuel Le Roy Ladurie, *Médecins, climats et épidémies à la fin du XVIII^e siècle*, París, Mouton, 1972. Véanse las páginas consagradas al tema por M. Foucault en *La Naissance de la clinique…, op. cit.*, cap. 2, "Une conscience politique", pp. 21-36.

[39] Sobre el desarrollo del equipamiento hospitalario y la aparición de una policía médica, conviene remitirse a los trabajos de George Rosen, "Hospitals, medical care and social policy in the French Revolution", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 30, 1, 1956, pp. 124-149, reeditado en *From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care*, Nueva York, Science History Publications, 1974, pp. 220-245 [trad. esp.: *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención de la salud*, México, Siglo XXI, 1981]; *A History of Public Health*, Nueva York, MD Publications, 1958, y "Mercantilism and health policy in eighteenth-century French thought", en *Medical History*, vol. 3, octubre de 1959, pp. 259-277, reeditado en *From Medical Police…, op. cit.*, pp. 201-219; Murielle Joeger, "Les enquêtes hospitalières au XVIII^e siècle", *Bulletin de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*, 31, 1975, pp. 51-60, y "La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime", en *Annales ESC*, XXXII, 5, septiembre-octubre de 1977, pp. 1025-1051; de Marie-José Imbault-Huart, "L'hôpital, centre d'une nouvelle médecine (1780-1820)", en Otto Baur y Otto Glandien (comps.), *Zusammenhang: Festschrift für Marielene Putscher*, Colonia, Wienand, 1984, t. II, pp. 581-603. Michel Foucault dedica numerosas elaboraciones a esta cuestión: *Naissance de la clinique…, op. cit.*, cap. V, "La leçon des hôpitaux", pp. 63-86; "La politique de la santé au XVIII^e siècle", en Michel Foucault *et al.*, *Les Machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne. Dossiers et documents*, París, Institut de l'Environnement, 1976, pp. 11-21, reeditado en *DE*, III, núm. 168, pp. 13-27, y vuelve al tema en su primera conferencia sobre la historia de la medicina pronunciada en Río de Janeiro, en octubre de 1974: "Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine", *DE*, III, núm. 170, pp. 50-54 [trad. esp.: "Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina", en *Estrategias de poder. Obras esenciales II*, Barcelona, Paidós, 1999], y la tercera: "L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne", *DE*, III, núm. 229, pp. 508-521 [trad. esp.: "La incorporación del hospital a la tecnología moderna", en *La vida de los hombres infames*, Madrid, La Piqueta/Endymion, 1990].

muerto.[40] A fines del siglo XVIII tendremos entonces una vigilancia general de las poblaciones y, a la vez, la posibilidad concreta de relacionar una enfermedad y un cuerpo sometido a la autopsia. El nacimiento de la anatomía patológica al mismo tiempo que la aparición de una medicina estadística, una medicina de los grandes números[41] –a la vez asignación de la causalidad precisa por la proyección de la enfermedad sobre un cuerpo muerto y posibilidad de vigilar un conjunto de poblaciones–, proporcionan los dos grandes instrumentos epistemológicos de la medicina del siglo XIX. Y es muy evidente que, a partir de ese momento, tendremos una tecnología de la constatación y la demostración que hará progresivamente inútiles las técnicas de la crisis.

¿Qué pasa, entonces, en la psiquiatría? Pues bien, creo que pasa una cosa muy curiosa. Por un lado, es indudable que el hospital psiquiátrico, al igual que el hospital de medicina general, no puede dejar de tender a eliminar la crisis. El hospital psiquiátrico, como cualquier otro hospital, es un espacio de pesquisa e inspección, una suerte de lugar inquisitorial, y la prueba de verdad no hace falta en absoluto. Incluso he tratado de mostrarles que no sólo no se necesita la prueba de verdad, sino que no se necesita verdad alguna, ya sea obtenida por la técnica de la prueba o por la de la demostración. Más aún, no sólo no se necesita sino que, en rigor, la crisis como acontecimiento de la locura y el comportamiento del loco está excluida. ¿Por qué está excluida? En esencia, creo, por tres razones.

En primer lugar, está excluida justamente por el hecho de que el hospital funciona como sistema disciplinario, es decir, como sistema que obedece a un reglamento, prevé cierto orden, impone cierto régimen del cual se suprime todo lo que tenga que ver con un desencadenamiento de la crisis

[40] Cf. Michel Foucault, *Naissance de la clinique…, op. cit.*, cap. VIII, "Ouvrez quelques cadavres", pp. 125-149. E. H. Ackerknecht, *La Médecine hospitalière…, op. cit.*, pp. 209-214.

[41] Foucault desarrolla este punto en su segunda conferencia de Río de Janeiro, "La naissance de la médecine sociale", *DE*, III, núm. 196, pp. 212-215 [trad. esp.: "Nacimiento de la medicina social", en *Estrategias de poder…, op. cit.*]. Cf.: George Rosen, "Problems in the application of statistical knowledge analysis to questions of health (1711-1880)", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 29, 1, 1955, pp. 27-45; Major Greenwood, *Medical Statistics from Graunt to Farr*, Cambridge, Cambridge University Press, 1948.

furiosa y violenta de la locura a partir de sí misma. Por otra parte, la principal consigna, la principal técnica de esta disciplina asilar es no pensar en eso... No piense en eso; piense en otra cosa; lea, trabaje, vaya al campo y, sobre todo, no piense en su locura.[42] Cultive, no su jardín, sino el del director. Dedíquese a la carpintería, gánese la vida, pero no piense en su enfermedad. El espacio disciplinario del asilo no puede dar cabida a la crisis de locura.

Segundo, el recurso constante a la anatomía patológica, que alrededor de 1825 comienza a utilizarse en la práctica asilar, tuvo un papel de rechazo teórico de la crisis.[43] En efecto, nada, salvo lo que ocurría con la parálisis

[42] Así, en *De la folie..., op. cit.*, cap. V, "Traitement de la folie", p. 280, É. J. Georget enuncia como "primer principio: no movilizar jamás la mente de los alienados en el sentido de su delirio". Leuret, por su parte, sostiene que "es preciso imponer silencio al enfermo con respecto a su delirio, y ocuparlo en otra cosa"; cf. *Du traitement moral de la folie, op. cit.*, p. 120. Sobre este "principio de distracción", cf. *supra*, clase del 5 de diciembre de 1973, nota 6.

[43] Recurso a las investigaciones anat.patológicas que propicia Jean-Pierre Falret en la introducción (septiembre de 1853) a *Des maladies mentales..., op. cit.*, p. V: "Contrariamente a las doctrinas de nuestros maestros, cedimos, como los demás, a esa dirección anatómica de la ciencia que en la época se consideraba como la verdadera base de la medicina [...] No tardamos en convencernos de que la anatomía patológica podía por sí sola dar la razón primera de los fenómenos observados en los alienados". Así, en Charenton se llevan a cabo investigaciones anatomopatológicas que resultan en publicaciones: Jean-Baptiste Delaye (1789-1879), adjunto al servicio de Esquirol, defiende el 20 de noviembre de 1824 su tesis: *Considération sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*, Th. Med. Paris, núm. 224; París, Didot Jeune, 1824; Louis Florentin Calmeil, residente en el servicio de Royer-Collard, médico en jefe de Charenton desde 1805 hasta su muerte en 1825, publica *De la paralysie considérée chez les aliénés. Recherches faites dans le service de feu M. Royer-Collard et de M. Esquirol*, París, J.-B. Baillière, 1826; Antoine Laurent Jessé Bayle, ingresado en octubre de 1817 al mismo servicio, realiza en él investigaciones anatómicas que conducen a su tesis de 1822, *Recherches sur les maladies mentales..., op. cit.*, así como a su *Traité des maladies du cerveau..., op. cit.* (cf. *supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 17). Véase J. É. D. Esquirol, "Mémoire historique et statistique sur la Maison Royale de Charenton" (1835), *op. cit.*, § "Ouvertures de corps", pp. 698-700. En la Salpêtrière, Jean-Pierre Falret conduce investigaciones cuyos resultados expone el 6 de diciembre de 1823 en el Athénée de Médecine: *Inductions tirées de l'ouverture du corps des aliénés pour servir au diagnostic et au traitement des maladies mentales*, París, Bibliothèque Médicale, 1824; Étienne Georget pre-

general, permitía suponer o atribuir, en todo caso, una causa física a la enfermedad mental. Ahora bien, la práctica de la autopsia fue, al menos en una nutrida cantidad de hospitales, una práctica regular cuyo sentido consistía esencialmente en decir lo siguiente: si hay una verdad de la locura, con seguridad no se encuentra en lo que dicen los locos y sólo puede estar en sus nervios y su cerebro. En esa medida, la crisis como momento de la verdad, como presunto momento de fulguración de la verdad de la locura, está epistemológicamente excluida por el recurso a la anatomía patológica o, mejor, creo que ésta fue la cobertura epistemológica detrás de la cual fue posible rechazar la existencia de la crisis, negarla o vencerla: podemos perfectamente atarte en tu sillón y no escuchar lo que dices, pues la verdad de tu locura la pediremos a la anatomía patológica, una vez que hayas muerto.

Tercera y última razón para rechazar la crisis: un proceso que hasta hoy pasé por alto y es el problema de la relación entre la locura y el crimen. En efecto, a partir de 1820-1825 encontramos en los tribunales un muy curioso proceso por el cual los médicos –nunca por pedido del ministerio fiscal o del presidente del tribunal, y con frecuencia ni siquiera por pedido de los abogados– dan su opinión con referencia a un crimen y tratan, de algún modo, de reivindicarlo para la enfermedad mental.[44] Frente a cualquier cri-

---

senta en el cap. VI, "Recherches cadavériques. Études de l'anatomie pathologique", de su libro *De la folie...*, *op. cit.*, pp. 423-431, los resultados de alrededor de trescientas aperturas de cuerpos de alienadas muertas en el hospicio de la Salpêtrière; Achille [de] Foville realiza investigaciones anatómicas en las que se basa su tesis, *Observations cliniques propres à éclairer certaines questions relatives à l'aliénation mentale*, Th. Méd. Paris, núm. 138; París, Didot Jeune, 1824; Félix Voisin lleva a cabo trabajos anatómicos para su obra *Des causes morales et physiques des maladies mentales...*, *op. cit.*

[44] Charles Chrétien Henri Marc, por ejemplo, se ocupa del caso de la mujer de un periodista de Sélestat –que en julio de 1817 mató a su hijo de 15 meses y le cortó el muslo derecho, que puso a cocinar y devoró en parte– y analiza el informe médico legal del doctor François Daniel Reisseisen, "Examen d'un cas extraordinaire d'infanticide" (originalmente aparecido en alemán en el *Jahrbuch der Staatsartheilkund* dirigido por J. H. Kopp, vol. XI, 1817), en su obra *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, París, J.-B. Baillière, 1840, t. II, pp. 130-146. Por su parte, Étienne Georget también estudia varios casos criminales: *Examen médical des procès criminels de Léger, Feldmann, Lecouffe, Jean-*

men, los psiquiatras se preguntan: ¿no será acaso un signo de enfermedad? Y de tal modo construyen la muy curiosa noción de monomanía, que esquemáticamente quiere decir lo siguiente: cuando alguien comete un crimen que no tiene ninguna razón de ser, ninguna justificación desde el punto de vista de su interés, el mero hecho de cometerlo, ¿no [será] el síntoma de una enfermedad cuya esencia es el propio crimen? ¿Una especie de enfermedad monosintomática que tenga un solo síntoma expresado una sola vez en la vida del individuo, pero que sea precisamente el crimen?[45]

Pierre, Papavoine, dans lesquels l'aliénation mentale a été alléguée comme moyen de défense, suivi de quelques considérations médico-légales sur la liberté morale, París, Migneret, 1825, y *Nouvelles discussions médico-légales sur la folie ou aliénation mentale, suivies de l'examen de plusieurs procès criminels dans lesquels cette maladie a été alléguée comme moyen de défense*, París, Migneret, 1826. Sobre estas estrategias médicas es posible remitirse a Robert Castel, "Les médecins et les juges", en Michel Foucault (presentación), *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère. Un cas de parricide au XIX^e^ siècle*, París, Gallimard, 1973, col. "Archives", pp. 315-331 [trad. esp.: "Los médicos y los jueces", en *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano. Un caso de parricidio del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets, 1983], y a Pierre Devernoix, *Les Aliénés et l'expertise médico-légale. Du pouvoir discrétionnaire des juges en matière criminelle, et des inconvénients qui en résultent*, Toulouse, C. Dirion, 1905. Foucault se referirá a estos casos en su curso *Les Anormaux...*, *op. cit.*, en las clases del 29 de enero y 5 de febrero de 1975, pp. 94-100 y 101-126, respectivamente.

[45] Jean É. D. Esquirol da su definición en una nota del cap. 4, "De l'impulsion insolite à une action déterminée", sec. III, del tratado de Johann Christoph Hoffbauer, *Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets, ou les lois appliquées aux désordres de l'intelligence*, trad. de A. M. Chambeyron, con notas de los señores Itard y Esquirol, París, J.-B. Baillière, 1827, pp. 309-359: "Existe una clase de monomanía homicida en la cual no se puede observar ningún desorden intelectual o moral; el asesino se ve arrastrado por un poder irresistible, una incitación que no puede vencer, un impulso ciego, una determinación irreflexiva, sin interés, sin motivo, sin extravío, a un acto tan atroz" (reeditado en *Des maladies mentales...*, *op. cit.*, t. II, p. 804). Michel Foucault vuelve a esta cuestión en *Les Anormaux...*, *op. cit.*, clases del 5 y el 12 de febrero de 1975, pp. 110-113 y 132-137, respectivamente. Sobre la historia del concepto, cf.: Raphäel Fontanille, *Aliénation mentale et criminalité (historique, expertise médico-légale, internement)*, Grenoble, Allier Frères, 1902; Paul Dubuisson y Auguste Vigouroux, *Responsabilité pénale et folie. Étude médico-légale*, París, Alcan, 1911; Alessandro Fontana, "Les intermittences de la raison", en Michel Foucault (presentación), *Moi, Pierre Rivière...*, *op. cit.*, pp. 333-350.

Se ha preguntado por qué ese interés de los psiquiatras en el crimen, por qué reivindicar con tanto vigor –y en cierto modo con tanta violencia– la pertenencia eventual del crimen a la enfermedad mental. Hay, con seguridad, una serie de razones, pero creo que una de ellas es la siguiente: no se trata tanto de demostrar que todo criminal es un posible loco como de demostrar –lo cual era mucho más grave pero también mucho más importante para el poder psiquiátrico– que todo loco es un posible criminal. Y la determinación, la atribución de una locura a un crimen –y en última instancia de la locura a cualquier crimen–, era el medio de fundar el poder psiquiátrico, no en términos de verdad, pues no se trata precisamente de verdad, sino en términos de peligro: estamos aquí para proteger a la sociedad porque, en el corazón de toda locura, está inscripta la posibilidad de un crimen. El hecho de poner de relieve en un crimen algo como la locura es, en mi opinión –por razones sociales, desde luego–, una manera de salvar la apuesta del individuo, pero, en líneas generales, en el nivel del funcionamiento global de esa atribución de locura al crimen, está la voluntad de los psiquiatras de fundar su práctica en una defensa social, puesto que no pueden fundarla en la verdad. Por lo tanto, podemos decir que el sistema disciplinario de la psiquiatría tiene, en esencia, el efecto de hacer desaparecer la crisis. Ésta no sólo no es necesaria: tampoco es querida, pues podría ser peligrosa; la crisis del loco puede ser la muerte del otro. No la necesitamos, la anatomía patológica nos dispensa de ella y el régimen del orden y la disciplina la convierten en indeseable.

Pero al mismo tiempo que sucede esto hay una tendencia inversa, que se explica y justifica por dos motivos. Por un lado, tenemos necesidad de la crisis porque, en definitiva, ni el régimen disciplinario, ni la calma obligatoria impuesta a los locos, ni la anatomía patológica han permitido al saber psiquiátrico fundarse como verdad. De modo que ese saber, sobre el cual traté de mostrarles que actuaba como complemento de poder, funcionó durante mucho tiempo en el vacío y no podía dejar de procurar darse, como es evidente, cierto contenido de verdad de acuerdo con las normas mismas de la tecnología médica de la época, es decir, la tecnología de la constatación. Pero como eso no era posible, se apeló a la crisis por otra razón, una razón positiva.

Es que el verdadero punto donde se ejerce el saber psiquiátrico no es en un principio ni en esencia el punto capaz de especificar, caracterizar, expli-

car la enfermedad. En otras palabras, en tanto el médico tiene la misión esencial o, debido al lugar en que se encuentra, se ve en la obligación de responder a los síntomas, a las quejas del enfermo, a través de una actividad de especificación y caracterización –de allí el hecho de que el diagnóstico diferencial fuera sin duda, a partir del siglo XIX, la gran actividad médica–, el psiquiatra no es requerido ni convocado a ese lugar, es decir, al seno de la demanda del enfermo para dar estatus, carácter y especificación a *sus síntomas. El psiquiatra debe actuar en un escalón anterior, un estrato* por debajo: el lugar donde se trata de decidir si hay o no enfermedad. El psiquiatra debe responder a la pregunta: ¿este individuo está loco o no? Pregunta que le plantea ya sea la familia en un caso de derivación voluntaria, sea la administración en una derivación de oficio; aunque, por otra parte, la administración sólo la plantea en sordina, porque se reserva el derecho de no escuchar la opinión del psiquiatra. Sea como fuere, el psiquiatra se sitúa en ese nivel.

Mientras el punto en que funciona el saber médico [general] es el de la especificación de la enfermedad, el del diagnóstico diferencial, en la psiquiatría el saber médico funciona en el punto de la decisión entre locura y no-locura, el punto, si lo prefieren, de la realidad o la no-realidad, el punto de la ficción, se trate de la ficción del enfermo que por un motivo u otro quiere fingir estar loco, o de la ficción del entorno que imagina, anhela, desea, impone la imagen de la locura. Allí funciona el saber del psiquiatra y allí, también, funciona su poder.[46]

Ahora bien, para decidir en términos de realidad de la locura, para actuar *en ese plano, ¿con qué instrumentos cuenta el psiquiatra? Justamente en esta* cuestión damos con la paradoja del saber psiquiátrico del siglo XIX. Por un lado, éste procuró construirse según el modelo de la medicina constatación, de pesquisa y demostración; trató de constituir para sí un saber del tipo de la sintomatología y se proveyó de una descripción de las diferentes enfermedades, etc., pero, a decir verdad, todo esto no era sino la cobertura y la justifi-

[46] Así, Charles Chrétien Henri Marc declara que "una de las funciones más graves y delicadas que puedan tocar al médico legista es la de determinar si la alienación mental es real o fingida", en "Matériaux pour l'histoire médico-légale de l'aliénation mentale", en *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, París, Gabon, 1829, t. II, segunda parte, p. 353.

cación de una actividad que se situaba en otra parte, una actividad que consistía precisamente en la decisión: realidad o mentira, realidad o simulación. Su actividad se situaba, efectivamente, en el punto de simulación, de ficción, y no en el punto de caracterización.

De ello se deducen, creo, cierta cantidad de consecuencias. La primera es que para lograr resolver el problema, el hospital psiquiátrico inventó literalmente *una nueva crisis médica*. Ya *no la crisis* de verdad *que se jugaba entre* las fuerzas de la enfermedad y las fuerzas de la naturaleza y caracterizaba la crisis médica tal como se ponía en acción durante el siglo XVIII, sino una crisis que llamaré de realidad, jugada entre el loco y el poder que lo interna, el poder-saber del médico. Éste debe encontrarse en posición de árbitro con *respecto* a la *cuestión de la realidad o no-realidad* de la locura.

De modo tal que, como ven, el hospital psiquiátrico, a diferencia del *hospital* de *medicina general*, *no tiene en* absoluto la *función de ser* el lugar donde la "enfermedad" va a mostrar lo que es en sus caracteres específicos y diferenciales con respecto a las otras enfermedades; su función es mucho más simple, mucho más elemental, mucho más decisiva. Y ésta consiste, precisamente, en dar realidad a la locura, abrir para ella un espacio de realización. El hospital psiquiátrico está ahí para que la locura se vuelva real, mientras que el hospital a secas tiene la doble función de saber qué es la enfermedad y suprimirla. A partir de la decisión psiquiátrica concerniente a la realidad de la locura, la función del hospital psiquiátrico es darle existencia como realidad.

Y aquí tropezamos con una crítica de tipo institucional del hospital psiquiátrico, que le reprocha justamente fabricar locos con gente a quien se pretende curar. Esta crítica de tipo institucional plantea, por eso mismo, la siguiente cuestión: ¿cuál será, por lo tanto, la institución cuyo funcionamiento sea tal que en ella se pueda a la vez curar a los locos y no hundirlos en la enfermedad? ¿De qué manera podría la institución [asilar] funcionar como cualquier otro hospital?[47] Yo creo, sin embargo, que esta crítica es en

[47] Michel Foucault alude a los *movimientos* de *crítica institucional* que se desarrollaron en la posguerra y que denunciaban un asilo, heredero medicalizado de los hospitales generales del "gran encierro", convertido en una institución patógena por las condiciones de vida que brindaba a los pacientes (cf. el informe de asistencia presentado por Lucien Bonnafé,

definitiva bastante insuficiente, pues pasa por alto lo esencial. En efecto, un análisis de la distribución del poder psiquiátrico permite mostrar que si el hospital psiquiátrico es un lugar de realización de la locura, ello no se debe a un accidente o una desviación de la institución; la función misma del poder psiquiátrico consiste en tener frente a sí y para el enfermo –y, en última instancia, esto puede ser en el hospital o no– un espacio de realización de la enfermedad. Puede decirse, entonces, que el papel del poder psiquiátrico es realizar la locura en una institución cuya disciplina tiene por función, precisamente, la eliminación de todas sus violencias, todas sus crisis y, en el límite, todos sus síntomas. En sí misma, la institución asilar –y en este aspecto mi análisis no coincide con los análisis institucionales–, esa institución de disciplina, tiene la función y el efecto concretos de suprimir, no la locura, sino sus síntomas, al mismo tiempo que el poder psiquiátrico ejercido en su interior y que fija a los individuos al asilo tiene, por su parte, el papel de realizar la locura.

En suma, hay un ideal para ese funcionamiento doble del poder psiquiátrico que realiza la locura y de la institución disciplinaria que se niega a escucharla, que nivela sus síntomas, que pule todas sus manifestaciones, y ese ideal es el de la demencia. ¿Qué es un demente? Aquel que no es otra cosa que la realidad de su locura; aquel en quien la multiplicidad de los

---

Louis Le Guillant y Henri Mignont, "Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques", en *XIIe Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (Marseille, 7-12 septembre 1964)*, París, Masson, 1964). El interrogante era entonces si "la meta perseguida por la institución [...] es verdaderamente conforme a esa meta tal como podemos coincidir en formularla: la terapéutica psiquiátrica" (Lucien Bonnafé, "Le milieu hospitalier vu du point de vue thérapeutique, ou théorie et pratique de l'hôpital psychiatrique", en *La Raison*, 17, 1958, p. 26), y se trataba de promover "la utilización del mismo medio hospitalario en cuanto tratamiento y readaptación social" (*ibid.*, p. 8). Pueden consultarse artículos que incluyen bibliografías detalladas sobre el problema, entre ellos: Georges Daumezon, Philippe Paumelle y François Tosquellès, "Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique. I: Le fonctionnement thérapeutique", en *Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie*, t. I, febrero de 1955, 37-930, A-10, pp. 1-8, y Georges Daumezon y Lucien Bonnafé, "Perspectives de réforme psychiatrique en France...", *op. cit.* (*supra*, clase del 21 de noviembre de 1973, nota 1). Cf. *infra*, "Situación del curso".

síntomas o, al contrario, su nivelación, es tal que ya no se le puede atribuir una especificación sintomática que le sea característica. El demente, por lo tanto, es quien responde exactamente al funcionamiento de la institución asilar, pues, por la vía de la disciplina, se han pulido todos los síntomas en su especificidad: ya no hay ni manifestaciones, ni exteriorización, ni crisis. Y, al mismo tiempo, el demente responde a lo que quiere el poder psiquiátrico, porque realiza efectivamente la locura como realidad individual dentro del asilo.

La famosa evolución demencial que los psiquiatras del siglo XIX creyeron observar como un fenómeno natural en la locura, no es otra cosa que la serie de efectos entrecruzados de una disciplina asilar que pule manifestaciones y síntomas, y la conminación del poder médico a ser un loco, a realizar la locura. El demente es, en efecto, el producto del doble juego de ese poder y esa disciplina.

En cuanto a las histéricas, a esas famosas y queridas histéricas, diré que fueron precisamente el frente de resistencia a ese gradiente demencial implicado por el doble juego del poder psiquiátrico y la disciplina asilar. Fueron el frente de resistencia, porque ¿qué es un histérico? Es aquel que está tan seducido por la existencia de los síntomas mejor especificados, mejor precisados –los que le presentan justamente las enfermedades orgánicas–, que los hace suyos. El histérico se autoconstituye como blasón de verdaderas enfermedades, se constituye plásticamente como el lugar y el cuerpo portador de síntomas verdaderos. A la asignación, la propensión, el amontonamiento demencial de los síntomas, responde mediante la exasperación de los síntomas más precisos y mejor determinados; y al mismo tiempo que hace eso, lo lleva a cabo a través de un juego tal que, cuando se quiere dar una realidad a su enfermedad, jamás se consigue hacerlo, porque en el momento en que su síntoma parece remitir a un sustrato orgánico, él muestra que no hay sustrato y, por lo tanto, no es posible asignarlo al nivel de la realidad de su enfermedad precisamente cuando el histérico manifiesta los síntomas más espectaculares. La histeria fue la manera concreta de defenderse de la demencia; la única manera de no ser demente en un hospital del siglo XIX consistía en ser histérico, esto es, oponer a la presión que aniquilaba y borraba los síntomas, la constitución, la erección visible, plástica, de toda una panoplia de síntomas, y resistir a la asignación de la locura como realidad a través de la simu-

lación El histérico tiene magníficos síntomas pero, al mismo tiempo, elude la realidad de su enfermedad, está a contrapelo del juego asilar y, en esa medida, debemos saludar a las histéricas como las verdaderas militantes de la antipsiquiatría [48]

[48] Esta calificación de "militantes de la antipsiquiatría" se desprende de la definición que Michel Foucault proponía en su intervención "Histoire de la folie et antipsychiatrie" durante el coloquio organizado en mayo de 1973 en Montreal por Henri F Ellenberger, "Faut-il interner les psychiatres?" "Llamo antipsiquiatría a todo lo que pone en entredicho, en cuestión, el papel de un psiquiatra encargado antaño de producir la verdad de la enfermedad en el espacio hospitalario" Si las histéricas son "militantes" de la antipsiquiatría, lo son en cuanto al ofrecer sus crisis a pedido, suscitan "la sospecha de que el gran maestro de la locura, el que la hacía aparecer y desaparecer, Charcot, no era quien producía la verdad de la enfermedad sino quien fabricaba su artificio" (escrito mecanografiado, pp 12-13) Cf también *infra*, "Resumen del curso" En este aspecto, Foucault se inspira en los análisis que Thomas Szasz consagra a Charcot en el primer cap de *The Myth of Mental Illness Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Nueva York, Harper & Row, 1974 (trad francesa *Le Mythe de la maladie mentale*, trad de D Berger, cap 1, "Charcot et le probleme de l'hystérie", Paris, Payot, 1975, pp 41-52) [trad esp *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 1982] Una entrevista sobre ese texto lo confirma "hay un cap que me parece ejemplar en él, la histeria se desmonta como un producto del poder psiquiátrico, pero también como la réplica que se le opone y la trampa donde él cae", cf *DE*, III, núm 175, p 91 Foucault ve en "las explosiones de histeria que se manifestaron en los hospitales psiquiátricos durante la segunda mitad del siglo XIX [ ] un contragolpe del ejercicio mismo del poder psiquiátrico", cf *DE*, III, núm 197, p 231

Clase del 30 de enero de 1974

El problema del diagnóstico en medicina y psiquiatría – El lugar del cuerpo en la nosología psiquiátrica: el modelo de la parálisis general – El destino de la noción de crisis en medicina y psiquiatría – La prueba de realidad en psiquiatría y sus formas: I. El interrogatorio y la confesión. El ritual de la presentación clínica. Nota sobre la "herencia patológica" y la degeneración – II. La droga. Moreau de Tours y el hachís. La locura y el sueño – III. El magnetismo y la hipnosis. El descubrimiento del "cuerpo neurológico".

HE TRATADO de mostrarles cómo y por qué la crisis médica que era una noción teórica, pero sobre todo, y a la vez, un instrumento práctico en la medicina, desapareció esencialmente entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX a causa del surgimiento de la anatomía patológica que, en sustancia, brindaba la posibilidad de poner de manifiesto, en una lesión localizada dentro del organismo e identificable en el cuerpo, la realidad misma de la enfermedad. Por otra parte, esa misma anatomía patológica daba la oportunidad de constituir, a partir de las diferentes lesiones que individualizaban las dolencias, haces de signos sobre cuya base se podía establecer el diagnóstico diferencial de las enfermedades. Asignación orgánica de la lesión, posibilidad de un diagnóstico diferencial: en esas condiciones, como comprenderán, la crisis, en cuanto era la prueba en la cual la enfermedad producía su propia verdad, se convirtió en algo inútil. En el orden de la psiquiatría la situación es completamente distinta, por dos razones.

La primera es que en ella el problema, en el fondo, no se refiere de manera alguna al diagnóstico diferencial. En cierto nivel, desde luego, la práctica, el diagnóstico psiquiátrico, se desarrolla al parecer como diagnóstico diferen-

cial de tal enfermedad con respecto a tal otra, manía o melancolía, histeria o esquizofrenia, etc. Pero a decir verdad, todo esto, creo, no es más que una actividad superficial y secundaria en comparación con la verdadera cuestión planteada en cualquier diagnóstico de locura; y esa verdadera cuestión no es saber si se trata de tal o cual forma de locura, sino si es o no locura. Y en este aspecto me parece que la posición de la psiquiatría es muy diferente de la posición de la medicina. Alguien me dirá que en medicina también es preciso preguntarse con anterioridad si hay enfermedad o no; pero, en rigor, es una cuestión a la vez relativamente simple y, en el fondo, marginal; el problema "enfermedad o no" sólo puede, en concreto, plantearse con seriedad en los casos de disimulación o delirio hipocondríaco, y poco más. En el dominio de la enfermedad mental, por el contrario, la única verdadera cuestión que se plantea es una pregunta en forma de sí o no, lo cual significa que el campo diferencial en cuyo seno se efectúa el diagnóstico de la locura no está constituido por el abanico de las especies nosográficas, sino por la mera escansión entre lo que es locura y lo que es no-locura: el diagnóstico de la locura se efectúa en ese ámbito binario, ese campo propiamente dual. Diré, por consiguiente, que la actividad psiquiátrica no requiere, salvo justificación de segundo orden y en cierto modo redundante, el diagnóstico diferencial. Éste no está en juego en el diagnóstico psiquiátrico; para decirlo de algún modo, la cuestión pasa por la decisión e incluso por el diagnóstico absoluto. La psiquiatría funciona, por lo tanto, según el modelo del diagnóstico absoluto, y no del diagnóstico diferencial.

Segundo –y también en esto la psiquiatría, tal como comienza a constituirse en el siglo XIX, se opone a la medicina–, se trata sin duda de una medicina en la que el cuerpo está ausente. Pero al respecto es preciso ponerse de acuerdo, porque es absolutamente cierto que, por una parte, desde los inicios del desarrollo de la psiquiatría en el siglo XIX, se buscaron los correlatos orgánicos, el ámbito de la lesión, el tipo de órgano que podía verse afectado en una enfermedad como la locura. Se buscaron y en algunos casos se encontraron; en 1822-1826 se trató de la definición de la parálisis general formulada por Bayle, y las lesiones meníngeas como secuelas de la sífilis.[1] Es

[1] En realidad, debe esperarse hasta 1879 para que los trabajos de Alfred Fournier (1832-1914) presenten la parálisis general como una complicación frecuente de la sífilis terciaria; cf.

verdad, y con respecto a ello puede decirse que el cuerpo no estaba mucho más ausente en el orden de la psiquiatría que en el orden de la medicina corriente. Sin embargo, había una diferencia esencial: el problema que debía resolverse en la actividad psiquiátrica no consistía tanto ni primordialmente en saber si tal o cual comportamiento, tal o cual manera de hablar, tal o cual tipo de alusión, tal o cual categoría de alucinación, se referían a tal o cual forma de lesión; el problema era saber si decir tal o cual cosa, comportarse de tal o cual modo, escuchar tal o cual voz, etc., era locura o no lo era. Y la mejor prueba de que en ello radicaba la cuestión fundamental es que en la misma parálisis general, que fue una de las grandes formas en las cuales se creyó poder situar las relaciones entre la enfermedad mental y el organismo, Bayle reconocía en 1826 la existencia de tres grandes tipos de síndromes: primero, el síndrome motor de la parálisis progresiva; segundo, el síndrome psiquiátrico de la locura, y tercero, el del estado terminal de la demencia.[2] Ahora

---

Alfred Fournier, *Syphilis du cerveau*, París, Masson, 1879. Antes de ser admitida, esta relación suscitó numerosos debates en la Société Médico-Psychologique, de abril a junio de 1879 y de febrero a noviembre de 1898. El 27 de marzo de 1893, Gustave Le Filliatre, en una comunicación, "Des antécédents syphilitiques chez quelques paralytiques généraux", presenta la sífilis como "una gran causa predisponente" y tropieza con una oposición casi general; cf. *Annales Médico-Psychologiques*, 7ª serie, t. XVII, julio de 1893, p. 436. Como lo recuerda el secretario general de la Société Médico-Psychologique, "en 1893, los partidarios exclusivos del origen específico de la parálisis general aún eran escasos entre nosotros"; véase Antoine Ritti, "Histoire des travaux de la Société Médico-Psychologique (1852-1902)", en *Annales Médico-Psychologiques*, 8ª serie, t. XVI, julio de 1902, p. 58. Su etiología específica sólo se impondrá en 1913, cuando Hideyo Noguchi y Stanford Moore descubran el treponema pálido en el cerebro de paralíticos generales.

[2] Antoine Laurent Jessé Bayle, *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, *op. cit.*, pp. 536-537: "Entre los numerosos síntomas que acompañan a esta afección, podemos reducir a dos los que sirven esencialmente para caracterizarla [...] 1) la perturbación de las facultades intelectuales, o el delirio, y 2) la parálisis incompleta. En primer lugar, el delirio: la alienación mental [...], parcial en principio y consistente en una suerte de monomanía con debilitamiento de las facultades, adquiere a continuación un carácter general y maníaco con exaltación [...]; degenera luego en un estado de demencia [...] En segundo lugar, la parálisis: la parálisis, que en conjunción con el delirio establece el diagnóstico de la meningitis crónica, implica una disminución y un debilitamiento que, muy leves en un comienzo y limitados a un solo órgano, aumentan de manera progresiva y gradual, se extienden a un mayor número

bien, cuarenta años después, Baillarger decía: en Bayle, todo o casi todo es cierto, pero, sin embargo, existe un error fundamental, a saber, que en la parálisis general no hay locura en modo alguno, sino una imbricación de la parálisis y la demencia.[3]

Creo, por lo tanto, que podemos decir: diagnóstico absoluto y ausencia de cuerpo, todo esto hace que la liquidación de la crisis médica que la medicina podía permitirse a causa de la anatomía patológica no fuera posible en el dominio de la psiquiatría.* Y el problema de la psiquiatría va a consistir precisamente en constituir, instaurar una prueba o una serie de pruebas tal que pueda responder a la exigencia del diagnóstico absoluto: una prueba tal que dé realidad o irrealidad, que inscriba en el campo de la realidad o descalifique como irreal lo que supuestamente es la locura.

---

de partes y terminan por invadir el sistema locomotor en su totalidad, de manera que el nombre que nos parece más conveniente para ella [...] es el de *parálisis general e incompleta*". Cf. *supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 17, y Jules Christian y Antoine Ritti, art. "Paralysie générale", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, *op. cit.*, 2ª serie, t. XX, 1884.

[3] Jules Baillarger afirma que "es imposible considerar con Bayle la locura como un síntoma constante y esencial de la parálisis general. No hay razón, por lo tanto, para admitir más que dos órdenes de síntomas esenciales a fin de caracterizar dicha parálisis: los síntomas de demencia y de parálisis"; cf. "Des simptômes de la paralysie génerale et des rapports de cette maladie avec la folie", apéndice a la trad. de Doumic de la 2ª ed. (1861), revisada y aumentada, de la obra de Wilhelm Griesinger (*Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, op. cit.*), *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, precedido de una clasificación de las enfermedades mentales, acompañado de notas y seguido por un trabajo sobre la parálisis general a cargo del doctor Baillarger, París, A. Delahaye, 1865, pp. 389-876; el texto citado figura en la p. 612. Baillarger vuelve en varias ocasiones a este problema: "Des rapports de la paralysie générale et de la folie" (clase dictada en el hospicio de la Salpêtrière), en *Annales Médico-Psychologiques*, 2ª serie, t. V, enero de 1853, pp. 158-166; "De la folie avec prédominance du délire des grandeurs dans ses rapports avec la paralysie générale", en *Annales Médico-Psychologiques*, 4ª serie, t. VIII, julio de 1866. En su artículo sobre la teoría de la parálisis general, "De la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes", vuelve a afirmar que "la 'parálisis general' debe ser *completamente separada de la locura* y considerada como una enfermedad especial independiente", en *Annales Médico-Psychologiques*, 6ª serie, t. IX, enero de 1883, p. 28; las bastardillas son del autor.

* El manuscrito aclara: "Esto implica, entonces, un procedimiento muy específico de establecimiento de la enfermedad".

En otros términos, se puede decir lo siguiente: la noción clásica de crisis en la medicina, la práctica clásica de la medicina tal como se había ejercido durante más de dos mil años, esa crisis clásica, en el fondo dio al siglo XIX dos posteridades. Por una parte, mediante la anatomía patológica, se sustituyeron la crisis médica clásica y su prueba por procedimientos de verificación *en la forma de la constatación y la demostración: esto fue la posteridad mé*dica. Por otra, la posteridad psiquiátrica de la crisis clásica fue distinta: como no había campo en cuyo interior esa constatación de la verdad fuera posible, la psiquiatría debió sustituir la vieja crisis médica clásica por algo que, como ésta, era una prueba, pero no una prueba de verdad sino de realidad. En *otras palabras, la prueba de verdad se disocia; por un lado, en las técnicas de* constatación de la verdad: la medicina corriente; [por otro,] en una prueba de realidad: lo que se produce en la psiquiatría.

Entonces, como resumen y para comenzar a estudiar este sistema, este juego, esta panoplia de pruebas de realidad, me parece que podemos decir lo siguiente: en la psiquiatría, el momento esencial que va a puntuar, organizar y, al mismo tiempo, distribuir ese campo de poder disciplinario del que les hablé hasta ahora es la prueba de realidad que, en el fondo, tiene un doble sentido.

Por una parte se trata de dar existencia como enfermedad o eventualmente como no-enfermedad a los motivos aducidos para una internación o una intervención psiquiátrica posible. La prueba psiquiátrica, por ende, es la prueba que llamaré del desdoblamiento administrativo médico: ¿se puede retranscribir en términos de síntomas y de enfermedad el motivo de la de*manda? Retranscribir la demanda como enfermedad, dar existencia a los* motivos de la demanda como síntomas de enfermedad: primera función de la prueba psiquiátrica.

En cuanto a la segunda, es correlativa de ella. Y, en cierto modo, mucho más importante. En efecto, con esta prueba se trata de dar existencia como saber médico al poder de intervención y el poder disciplinario del psiquiatra. Ya he intentado mostrarles cómo funcionaba ese poder dentro de un campo disciplinario que, desde luego, estaba médicamente marcado pero carecía de contenido médico real; pues bien, ahora es preciso hacer funcionar ese poder disciplinario como poder médico, y la prueba psiquiátrica va a ser aquella que, por una parte, constituya como enfermedad el pedido de internación, y

por otra, haga actuar como médico a la persona a quien se otorga una de las facultades de decisión en la internación.

En la medicina orgánica, el médico formula oscuramente esa demanda: muéstrame tus síntomas y te diré qué enfermo eres; en la prueba psiquiátrica, la demanda del psiquiatra es mucho más gravosa, está mucho más sobrecargada y es ésta: con lo que eres, con tu vida, con aquello que motiva quejas a tu respecto [...],* con lo que haces y dices, proporcióname síntomas, no para que yo sepa qué enfermo eres, sino para que pueda ser un médico frente a ti.

La prueba psiquiátrica, entonces, es una doble prueba de entronización. Entroniza la vida de un individuo como tejido de síntomas patológicos, pero también entroniza sin cesar al psiquiatra como médico o a la instancia disciplinaria suprema como instancia médica. Por consiguiente, podemos decir que la prueba psiquiátrica es una perpetua prueba de entrada al hospital. ¿Por qué no se puede salir del asilo? No se puede salir del asilo, no porque la salida esté lejos, sino porque la entrada está demasiado cerca. Nunca se deja de entrar a él, y cada uno de esos encuentros, cada uno de esos enfrentamientos entre el médico y el enfermo vuelven a poner en marcha, repiten de manera indefinida ese acto fundador, ese acto inicial a través del cual la locura va a existir como realidad y el psiquiatra, como médico.

Supongo que pueden ver, por lo tanto, que hay un juego muy curioso y complejo, pero en el que van a precipitarse justamente todos los juegos reales del asilo y de la historia de la psiquiatría y la locura en el siglo XIX. Todo un juego que hace lo siguiente: si tomamos las cosas en el nivel del funcionamiento disciplinario (que analicé en las clases precedentes), en él tenemos un sobrepoder médico que es formidable porque, en definitiva, el médico se confunde con el sistema disciplinario; el hospital mismo es su cuerpo. Pero por otro lado tenemos un prodigioso sobrepoder del enfermo, pues es él quien, precisamente según su manera de sufrir la prueba psiquiátrica, su manera de salir de ella, va a entronizar o no al psiquiatra como médico: lo remitirá a su puro y simple papel disciplinario o, por el contrario, le hará cumplir su papel de médico, y ustedes comprenderán mediante qué iniciativa.

* En la grabación, repetición de: con lo que eres.

Podrán advertir cómo se precipitarán en esta cuestión los fenómenos que trataré de explicarles la próxima vez, la histeria y el juego entre Charcot y las histéricas. La histérica es justamente la que dice: gracias a mí y sólo gracias a mí, lo que tú haces a mi respecto –internarme, recetarme drogas, etc.– es sin duda un acto médico, y yo te entronizo como médico en cuanto te suministro síntomas. Sobrepoder del enfermo por debajo del sobrepoder del médico.

* * *

Tenemos aquí, por decirlo de algún modo, [una] introducción general de esa prueba psiquiátrica que a mi entender –les decía la vez pasada– asumió tres formas principales en los primeros sesenta años del siglo XIX. Tres técnicas, entonces, para esa prueba de la realización de la enfermedad que entroniza al psiquiatra como médico y hace actuar la demanda como síntoma: primero, el interrogatorio; segundo, la droga, y tercero, la hipnosis.

En primer lugar la técnica del interrogatorio en sentido lato. Digamos: interrogatorio, anamnesis, confesión, etc. ¿A qué responde ese interrogatorio? ¿Cuál es la manera precisa de practicarlo? Ya les he señalado el aspecto disciplinario de este interrogatorio, en cuanto se trata, por su conducto, de fijar al individuo a su identidad, obligarlo a reconocerse en su pasado, en una serie de acontecimientos de su vida.[4] Pero ésta es sólo una función débil, superficial del interrogatorio. Creo que hay otras que son otras tantas operaciones de realización de la locura. Y me parece que el interrogatorio realiza la locura de cuatro maneras o por cuatro procedimientos.

Para comenzar, un interrogatorio psiquiátrico clásico –es decir, el que vemos en funcionamiento a partir de los años 1820-1830– entraña siempre lo que se llama búsqueda de antecedentes. ¿Qué significa buscar antecedentes? Significa preguntar al enfermo cuáles han sido las diferentes enfermedades que afectaron a sus ascendientes o sus colaterales. Búsqueda muy paradójica pues, por una parte, y al menos hasta fines del siglo XIX, es sin lugar a dudas una búsqueda completamente anárquica que coteja, a medida que se presenta, todo lo que ha podido ser una enfermedad por el lado de

[4] Cf. *supra*, clase del 19 de diciembre de 1973, pp. 188-194.

la ascendencia o por el lado de los colaterales; y es una búsqueda muy curiosa en la época en que me sitúo, los años 1830-1840, el momento en que la vemos aparecer, puesto que no existe por entonces el concepto de herencia patológica[5] y ni siquiera el de degeneración, más tardío, dado que se formula hacia 1855-1860.[6]

Habrá que sorprenderse, entonces, tanto de la amplitud de la búsqueda que se emprende en esa puesta en cuestión de los antecedentes de todos los ascendientes, todos los colaterales y todas las clases de enfermedades que

[5] En realidad, la herencia ya se mencionaba como una de las causas de la locura. Cf.: Philippe Pinel, en la segunda edición de su *Traité*, afirma que sería difícil "no admitir una transmisión hereditaria de la manía, cuando se advierte en todos los lugares y varias generaciones sucesivas a algunos de los miembros de ciertas familias afectados de esa enfermedad" (*Traité médico-philosophique*..., *op. cit.*, 1809; Esquirol sostiene que "la herencia es la causa predisponente de la locura más común", en "De la folie" (1816), *op. cit.*, t. I, p. 64. Sin embargo, para que la cuestión se aborde como un tema con todas las de la ley, será preciso esperar la obra de Claude Michéa, *De l'influence de l'hérédité dans la production des maladies nerveuses* (obra premiada por la Académie de Médecine el 20 de diciembre de 1843), y el artículo de Jules Baillarger, "Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie" (nota leída en la Académie de Médecine el 2 de abril de 1844), en el que el autor puede declarar (*ab initio*) que: "Todo el mundo concuerda acerca de la influencia de la herencia en la producción de la locura" (*Annales Médico-Psychologiques*, t. III, mayo de 1844, pp. 328-339; texto citado: p. 328). La noción de "herencia patológica" se aclara entre 1850 y 1860 gracias a los trabajos de Jacques Moreau de Tours, que plantean la idea de una transmisión de lo patológico en diferentes formas, o "herencia disimilar", lo cual da pie a la posibilidad de incorporar al cuadro terapéutico la mayoría de las formas de alienación: "De la prédisposition héréditaire aux affections cérébrales. Existe-t-il des signes particuliers auxquels on puisse reconnaître cette prédisposition?" (comunicación a la Académie des Sciences, 15 de diciembre de 1851), en *Annales Médico-Psychologiques*, 2ª serie, t. IV, enero de 1852, pp. 119-129; reseña: julio de 1852, pp. 447-455, y *La Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou De l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel*, París, Masson, 1859. La cuestión del hereditarismo llega a su punto culminante con los últimos debates de la Société Médico-Psychologique sobre los signos de la locura hereditaria en 1885 y 1886 (cf. *infra*, nota 7). Cf.: Joseph Jules Déjerine, *L'Hérédité dans les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, y Auguste Voisin, art. "Hérédité", en Sigismond Jaccoud (ed. científico), *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, París, J.-B. Baillière, 1873, t. XVII, pp. 446-488. Michel Foucault vuelve a abordar la cuestión en su curso *Les Anormaux*..., *op. cit.*, clase del 19 de marzo de 1975, pp. 296-300.

[6] Cf. *supra*, clase del 16 de enero de 1974, nota 71, y Michel Foucault, *Les Anormaux*..., *op. cit.*, clases del 5 de febrero y 19 de marzo de 1975, pp. 110 y 297-300, respectivamente.

unos y otros puedan haber padecido, como de su carácter precoz y su obstinación aún vigente en la hora actual. ¿De qué se trata, en el fondo, cuando se pregunta a un enfermo mental cuáles fueron las enfermedades de su familia y se anota con cuidado si su padre murió apopléjico, si su madre sufría de reuma, si su tío tuvo un hijo idiota, etc.? ¿De qué se trata? Se trata, por supuesto, de extender a una escala pluriindividual la búsqueda de una serie de *signos, pródromos, etc., pero sobre todo y esencialmente, me parece, de suplir* la anatomía patológica, la ausencia de cuerpo o ese alejamiento del cuerpo del cual les hablaba. Como no se puede ni se sabe encontrar en el enfermo un sustrato orgánico a su enfermedad, se trata de hallar en el marco de su familia una cantidad de acontecimientos patológicos que, cualquiera que sea por lo demás su naturaleza, se refieran a la comunicación y por consiguiente a la existencia de cierto sustrato material patológico. La herencia es una manera determinada de dar cuerpo a la enfermedad en el momento mismo en que no se la puede situar en el plano del cuerpo individual; entonces se inventa, se recorta una suerte de gran cuerpo fantasmático que es el de una familia afectada por un montón de enfermedades: enfermedades orgánicas, enfermedades no orgánicas, enfermedades constitucionales, enfermedades accidentales, no importa, pues si se transmiten significa que tienen un soporte material y, al tenerlo, se llega al sustrato orgánico de la locura, un sustrato orgánico que no es el sustrato individual de la anatomía patológica. Es una especie de sustrato metaorgánico, pero que constituye el verdadero cuerpo de la enfermedad. En el interrogatorio de la locura, el cuerpo enfermo, ese cuerpo enfermo que se palpa, se toca, se percute, se ausculta y en el cual se quieren encontrar signos patológicos, es en realidad el cuerpo de toda la familia; mejor dicho, el cuerpo constituido por la familia y la herencia familiar. Buscar la herencia es entonces sustituir el cuerpo de la anatomía patológica por otro cuerpo y cierto correlato material, es constituir un *analogon* metaindividual del organismo del cual se ocupan los médicos. Tal es, a mi criterio, el primer aspecto del interrogatorio médico: la búsqueda de los antecedentes.

En segundo lugar tenemos la búsqueda de los pródromos, las marcas de disposición, los antecedentes individuales: ¿cuáles son los episodios por cuyo conducto la locura se ha anunciado antes de existir efectivamente como locura? Y esto es otro aspecto muy constante del interrogatorio psiquiátrico:

cuénteme sus recuerdos de infancia, dígame qué pasó, deme informaciones sobre su vida, cuándo estuvo enfermo, qué le sucedió, etc. De hecho, esto supone que, como enfermedad, la locura siempre se precedió a sí misma, aun en los casos de enfermedades marcadas por su carácter repentino; y aun en ellos es preciso buscar elementos antecedentes.

Mientras en la medicina general el descubrimiento de esos antecedentes individuales, esas ocurrencias que anuncian la enfermedad, permite distinguir tal o cual tipo de enfermedad, discernir si se trata de una enfermedad evolutiva o no, de una enfermedad crónica o no, etc., en el dominio de la psiquiatría la búsqueda de antecedentes es muy distinta. En el fondo, buscar antecedentes individuales es intentar mostrar, por un lado, que la locura existía antes de constituirse como enfermedad y, al mismo tiempo, mostrar que esos signos no eran aún la propia locura, sino sus condiciones de posibilidad. Es necesario, por tanto, hallar signos tales que no sean propiamente patológicos, pues si lo fueran habría que decir que son signos de la enfermedad, elementos concretos de la enfermedad y no meros pródromos; es preciso, entonces, que sean otra cosa que los signos internos de la enfermedad, pero que tengan con ésta una relación susceptible de postularlos como pródromos, signos anunciadores, marcas de disposición de una enfermedad, a la vez interiores y exteriores a ella.[7] Lo cual significa, en el fondo, volver a inscribir la locura en el contexto individual de lo que podemos denominar anomalía.[8]

[7] Véase la comunicación de Moreau de Tours (citada *supra*, nota 5) sobre la cuestión de los signos relativos al pronóstico de la locura, "De la prédisposition héréditaire...", *op. cit.*, así como su "Mémoire sur les prodromes de la folie" (leída en la Académie de Médecine el 22 de abril de 1851). En 1868, un residente de Morel, Georges Doutrebente, recibe el Premio Esquirol por su "Étude généalogique sur les aliénés héréditaires", dedicado a los "signos de orden moral, físico e intelectual que permiten diagnosticar desde el inicio la influencia mórbida hereditaria en los individuos predispuestos a la alienación mental o afectados por ella" (*Annales Médico-Psychologiques*, 5ª serie, t. II, septiembre de 1869, pp. 197-237; texto citado: p. 197). La Société Médico-Psychologique consagra a la cuestión de "los signos físicos, intelectuales y morales de las locuras hereditarias" diez sesiones a lo largo de más de un año, desde el 30 de marzo de 1885 hasta el 26 de julio de 1886.

[8] Sobre la formación del concepto de anomalía véase Michel Foucault, *Les Anormaux...*, *op. cit.*, clases del 22 de enero y 19 de marzo de 1975, pp. 53-56 y 293-298, respectivamente.

La anomalía es la condición de posibilidad individual de la locura; y debemos establecer su existencia para poder demostrar con claridad que lo que estamos tratando, lo que tenemos enfrente y queremos mostrar precisamente como síntomas de locura es en efecto de orden patológico. La condición para transformar en síntomas patológicos los diferentes elementos que constituyen el objeto, el motivo de la solicitud de internación, es reinscribirlos en ese tejido general de la anomalía.

Si quieren detalles al respecto, los remito al *dossier* Pierre Rivière.[9] Cuando los médicos intentaron determinar si Rivière era un enfermo mental o no, si estaba o no afectado por algo que no se atrevían demasiado a llamar "monomanía" –en esa época, era una enfermedad que, según la definición de Esquirol, tenía una eclosión abrupta y se caracterizaba justamente por ser repentina y ostentar como síntoma principal la aparición súbita, en consecuencia, de una conducta de orden criminal–,[10] ¿cómo probar que esa conducta criminal era loca? Había que resituarla en un campo de anomalías; y ese campo de anomalías estaba compuesto por una serie de elementos. El hecho, por ejemplo, de haber cortado de niño la cabeza de los repollos mientras uno imaginaba ser el jefe de un ejército que aniquilaba a sus enemigos, o el hecho de crucificar a una rana, etc.,[11] todo eso constituía un horizonte de anomalías dentro del cual el elemento en cuestión podía realizarse a continuación como locura. Segunda operación del interrogatorio, entonces: constitución de un horizonte de anomalías.

El tercer papel del interrogatorio es la organización de lo que podríamos llamar cruce o quiasma entre la responsabilidad y la subjetividad. En el fondo de todo interrogatorio psiquiátrico siempre hay, me parece, una especie de transacción que tendría la siguiente forma. El psiquiatra diría a quien está frente a él: y bien, estás aquí, sea por propia voluntad, sea, al contrario, traído por otro, pero vienes porque en torno de ti y a tu respecto hay quejas,

[9] Cf. Michel Foucault (presentación), *Moi, Pierre Rivière…*, *op. cit.*

[10] Sobre la noción de "monomanía homicida" véase la clase del 23 de enero de 1974, nota 45.

[11] Cf. Michel Foucault (presentación), *Moi, Pierre Rivière…*, *op. cit.*, "Détail et explication de l'événement arrivé le 3 juin à Aunay, village de la Fauctrie, écrite par l'auteur de cette action", pp. 124 y 127.

cierto malestar; dices tal cosa, has hecho tal cosa, te comportas de tal manera. No te interrogo de ningún modo sobre la verdad de esos hechos, no quiero saber en términos de aserción si lo que se te reprocha, e incluso los malestares que sientes, son verdaderos o no –no soy un juez de instrucción–, pero estoy dispuesto a quitarte la responsabilidad, jurídica o moral, de lo que has hecho o lo que te sucede o los sentimientos que experimentas, aunque con una condición: que asumas subjetivamente la realidad de todo eso y me restituyas todos esos hechos como síntomas subjetivos de tu existencia, de tu conciencia. Quiero reencontrar todos esos elementos, transformados en mayor o menor medida, no importa, en tu relato y tus confesiones, como elementos de tu sufrimiento, como fuerza de un deseo monstruoso, como marcas de un movimiento irreprimible; en suma, como síntomas. Quiero que los motivos por los cuales estás aquí ya no te impongan una marca jurídica o moral de responsabilidad, pero sólo efectuaré esa sustracción, sólo te los quitaré de la cabeza, con la condición, precisamente, de que me los suministres de una u otra forma como síntomas. Dame tu síntoma y te sacaré la culpa.

Creo que esto, esa suerte de transacción, es lo que se juega en el fondo del interrogatorio psiquiátrico y hace que éste, en efecto, siempre se refiera esencialmente a los motivos por los cuales el individuo está ahí, delante del psiquiatra. El interrogatorio psiquiátrico debe cuestionar las razones por las que el individuo se encuentra frente al psiquiatra –razones que pueden estar ligadas a una conducta voluntaria o, por el contrario, ser las razones de otro, poco importa– y transformar esos motivos de su presencia allí en síntomas.

La cuarta función del interrogatorio psiquiátrico es lo que denominaré ordenamiento de la confesión central. En el fondo, el interrogatorio psiquiátrico tiene siempre cierta finalidad, y por otra parte siempre se interrumpe efectivamente en cierto punto. Esa finalidad, ese punto de horizonte para el interrogatorio psiquiátrico, es el presunto corazón de la locura, su núcleo, esa especie de foco que en el orden de la locura correspondería a lo que es el foco de una lesión patológica.* Y ese foco que el interrogatorio procura realizar, efectuar, es la forma extrema e irrecusable de la locura. Se trata de con-

* El manuscrito agrega: "Más o menos del mismo modo como la familia hace las veces de sustrato somático para la locura".

seguir que el sujeto interrogado no sólo reconozca la existencia de ese foco delirante, sino que lo actualice concretamente en el interrogatorio.

Y esa actualización puede lograrse de dos maneras. Una, la forma de la confesión, una confesión ritualmente obtenida en ese interrogatorio: "¡Sí, escucho voces! ¡Sí, tengo alucinaciones!",[12] "¡Sí, creo ser Napoleón!",[13] "¡Sí, deliro!" El interrogatorio psiquiátrico debe tender a eso. Y si no se trata de la actualización en la confesión, por la fijación del síntoma en primera persona, es preciso conseguir en el interrogatorio la actualización de la crisis misma, suscitar la alucinación, provocar la crisis histérica. En síntesis, ya sea con la forma de la confesión o con la forma de la actualización del síntoma central, es necesario poner al sujeto en una suerte de punto de estrangulamiento, de estrechez extrema, un punto en el cual se vea obligado a decir "estoy loco" y a representar efectivamente su locura. En ese momento, arrinconado *en ese punto extremo del interrogatorio, ya no puede escapar a sus propios* síntomas; ya no puede escurrirse entre ellos. Está obligado a decir: en efecto, soy aquel para quien se ha constituido el hospital psiquiátrico, soy aquel para quien es menester la existencia de un médico; estoy enfermo y, porque lo estoy, usted, cuya función principal es internarme, ve con claridad que es médico. Y se llega entonces al momento esencial de la doble entronización del individuo interno como enfermo y del individuo internante como médico y psiquiatra.

Confesión extrema que, en el fondo, se arranca sobre el tema y a partir de la idea de que, si uno dice la locura, se deshace de ella. Allí, en la técnica del interrogatorio psiquiátrico, actúa la doble analogía con la confesión religiosa y la crisis médica: la confesión religiosa contribuye al perdón, y la expectoración, la excreción en la crisis médica hace salir la sustancia morbífica. En el *punto de convergencia o, si se quiere, en una suerte de oscilación entre* la confesión que hace perdonar y la expectoración que expulsa la enfermedad, la confesión extrema de la locura es en definitiva –aseguran los psiquia-

[12] Alusión al interrogatorio de A., 42 años, ingresado el 18 de junio de 1839 a Bicêtre a causa de alucinaciones de la audición y la visión e ideas eróticas y ambiciosas. Cf. F. Leuret, *Du traitement moral de la folie*, *op. cit.*, I, "Hallucinés", observación 1, pp. 199-200.

[13] Alusión a la cura del señor Dupré; cf. *ibid.*, pp. 441-442, y *supra*, clase del 9 de enero de 1974.

tras de esta época, y sin duda muchos otros aún en nuestros días– el punto de partida para que el individuo pueda liberarse de su locura. "Te liberaré de tu locura, con la condición de que me la confieses"; esto es: "Dame los motivos por los cuales te encierro; dame efectivamente los motivos por los cuales te privo de tu libertad y, entonces, te liberaré de tu locura. El movimiento por cuyo conducto curarás tu locura es el movimiento en virtud del cual tendré la garantía de que lo que te hago es en efecto un acto médico". Tal es el entrelazamiento entre el poder del médico y la extorsión de la confesión en el enfermo, que constituye, a mi entender, el punto absolutamente central de la técnica del interrogatorio psiquiátrico.

Creo que ese interrogatorio, cuyos principales momentos he tratado de indicarles, puede descifrarse en tres niveles. Dejemos de lado el primero, el nivel disciplinario del cual ya les he hablado;[14] quedan dos niveles que me parecen esenciales. En el interrogatorio psiquiátrico se trata, por una parte, de constituir una *mimesis* médica, el *analogon* de un esquema médico proporcionado por la anatomía patológica: ese interrogatorio constituye en primer lugar un cuerpo por el sistema de las asignaciones de herencia, da cuerpo a una enfermedad que no lo tenía; segundo, en torno de esa enfermedad y para poder identificarla como tal, constituye un campo de anomalías; tercero, fabrica síntomas a partir de una demanda; y cuarto y último, aísla, circunscribe, define un foco patológico y lo muestra y actualiza en la confesión o en la realización de ese síntoma mayor y nuclear.

En la psiquiatría del siglo XIX, el interrogatorio es, por lo tanto, una manera de reconstituir con exactitud los elementos que caracterizan la actividad del diagnóstico diferencial en la medicina orgánica. Es una manera de reconstituir junto a la medicina orgánica, paralelamente a ella, algo que funciona del mismo modo pero en el orden de la *mimesis* y el *analogon*. La otra capa del interrogatorio es el nivel en que, gracias a un juego de manos, de intercambios, de promesas, de dones y contradones entre el psiquiatra y el enfermo, vamos a tener una triple realización: realización de una conducta como locura, realización, en segundo lugar, de la locura como enfermedad y realización, por último, del custodio del loco como médico.

[14] Cf. *supra*, clase del 19 de diciembre de 1973, pp. 191-193.

En esas circunstancias, comprenderán que este interrogatorio constituye el ritual completamente renovado del diagnóstico absoluto. ¿Cuál es la actividad del psiquiatra en un hospital modelo del siglo XIX? Como saben, había dos y sólo dos. En primer lugar, la visita; en segundo lugar, el interrogatorio. La visita es el movimiento por el cual el médico recorre los diferentes servicios de su hospital para efectuar todas las mañanas la mutación de la disciplina en terapéutica: iré, recorreré todos los engranajes del asilo, veré todos los mecanismos del sistema disciplinario para transformarlos, en virtud de mi sola presencia, en aparato terapéutico.[15]

Segunda actividad, el interrogatorio, consistente precisamente en esto: dame tus síntomas, hazme de tu vida unos síntomas y harás de mí un médico.

Ambos ritos, el de la visita y el del interrogatorio, son por fuerza los elementos a través de los cuales funciona el campo disciplinario del que les he hablado.

Comprenderán asimismo por qué ese gran rito del interrogatorio necesita, de vez en cuando, una revigorización. Así como, si se quiere, al lado de las misas rezadas están las misas solemnes, la presentación clínica frente a los estudiantes es, al interrogatorio privado del enfermo por el médico, lo que la misa cantada es a la misa rezada. ¿Y por qué la psiquiatría se arrojó tan pronto y con tanta rapidez en esa *Missa sollemnis* que es la presentación del enfermo delante de los estudiantes, por qué se lanzó a ese rito de la presentación cuasi pública o, en todo caso, de la presentación de los enfermos a los estudiantes? Ya les he dicho dos palabras al respecto,[16] pero me parece que ahora encontramos la posibilidad de captar otro nivel del funcionamiento de la presentación clínica.

En la doble ausencia del cuerpo y la curación que caracteriza la práctica psiquiátrica, ¿cómo puede hacerse para que el médico, en efecto, sea entronizado como tal? ¿Y cómo pueden las operaciones que les he mencionado: transmutación de la demanda en síntomas, de los acontecimientos de la vida en anomalías, de la herencia en cuerpo, etc., llevarse efectivamente a cabo si no hay, además del funcionamiento cotidiano del asilo, esa especie de rito que marca con solemnidad lo que ocurre en el interrogatorio? Pues bien, se

[15] Sobre la visita, cf. Jean-Pierre Falret, *De l'enseignement clinique*..., *op. cit.*, pp. 105-109.

[16] Cf. *supra*, clase del 9 de enero de 1974, pp. 219-224.

organiza justamente un espacio en el cual el alienista va a estar marcado como médico por el mero hecho de que a su alrededor, en concepto de oyentes y espectadores, están los estudiantes. En consecuencia, si el carácter médico de su rol va a actualizarse, no será por el éxito de su cura o porque él haya encontrado la verdadera etiología, pues en realidad no se trata de ello; el carácter médico de su rol y las operaciones de transmutación ya aludidas son posibles si el coro y la masa de los estudiantes rodean al médico. Como el cuerpo del enfermo falta, será necesaria la existencia de esa suerte de corporeidad institucional que es la corona de los estudiantes atentos, en torno del maestro, a las respuestas del enfermo. Cuando esa audición se codifique e institucionalice como audición de los estudiantes que escuchan lo que dice el psiquiatra en cuanto es el maestro del saber médico, todas las operaciones que he enumerado actuarán, con una intensidad y un vigor renovados, en el sentido de la transmutación médica de la locura en enfermedad, de la demanda en síntoma, etcétera.

En otras palabras, creo que la dimensión magistral de la palabra que en el *médico es, por decirlo así, simplemente aditiva, una manera de incrementar* su prestigio y hacer un poco más veraces sus dichos, en el caso del psiquiatra es mucho más esencial, mucho más inherente: la dimensión magistral de la palabra del psiquiatra es constitutiva de su poder médico. Para que esa palabra efectúe en concreto las transmutaciones mencionadas es preciso que, al *menos de tanto en tanto, esté marcada ritual e institucionalmente por el rito* de la presentación clínica del enfermo a los estudiantes.

Hasta aquí lo que quería decir de los interrogatorios. Habría que matizar todo esto, desde luego, pues las formas del interrogatorio han variado. En un Leuret, el interrogatorio tiene formas mucho más sutiles; este psiquiatra inventó, por ejemplo, el interrogatorio mediante el silencio: no decir nada al enfermo, esperar que hable, dejarlo decir lo que quiera, pues según Leuret ésa es la única o, en todo caso, la mejor manera de llegar precisamente a la confesión focal de la locura.[17] También vemos, siempre en Leuret, un juego

[17] Para ilustrar el interrogatorio por medio del silencio, el manuscrito se refiere a la observación XLIV del *Traité* de W. Griesinger, p. 392 de la traducción francesa citada: "Habríase dicho que ella escuchaba [...] *di un centenar de pasos sin decir una palabra, sin aparentar fijar* la atención en ella [...] volví a detenerme [...] y la miré atentamente, con la precaución de

que, detrás de un síntoma, lleva a reconocer en realidad otra demanda, y que sea ésta la que debe analizarse por medio del interrogatorio. Para terminar, todas estas cosas son complementos con respecto a un rito central que es el del interrogatorio.

Junto al interrogatorio y, a decir verdad, también aquí de manera anexa pero con una fortuna histórica mucho más grande que las técnicas de Leuret recién mencionadas, tenemos los otros dos operadores fundamentales de la medicalización, de la realización de la locura como enfermedad: la droga y la hipnosis.

En primer lugar, la droga. Al respecto, ya les he hablado del uso disciplinario que desde el siglo XVIII se daba a una serie de drogas: láudano,[18] opiáceos,[19] etc.; en las postrimerías de ese siglo se ve aparecer un nuevo fenómeno, que es la utilización médico legal de la droga. En esos momentos, efectivamente, un médico italiano tuvo la idea de utilizar el opio en dosis masivas para lograr determinar si un sujeto era o no un enfermo mental, como instancia de discernimiento entre la locura y su simulación.[20]

---

permanecer inmóvil y sin dejar siquiera traslucir curiosidad alguna. [...] Hacía cerca de media hora que nos mirábamos uno a otro cuando ella murmuró algunas palabras que no entendí; le di mi cuaderno para que escribiera".

Cf. también Jean-Pierre Falret, *Leçons cliniques de médecine mentale...*, *op. cit.* (*supra*, clase del 9 de enero de 1974, nota 28), p. 222: "En vez de aguzar la astucia de un alienado para eludir a una autoridad que lo importuna, mostrad [...] abandono; alejad de su mente toda idea [...] de deseo de penetrar en sus pensamientos y entonces, como no os verá atentos a controlarlo todo en él, tendréis la seguridad de que depondrá cualquier actitud desafiante, se mostrará tal como es y podréis estudiarlo más fácilmente y con mayor éxito".

[18] Cf. *supra*, clase del 19 de diciembre de 1973, nota 2.

[19] *Ibid.*, nota 1.

[20] Se trata de Giovanni Battista Monteggia, cirujano de las cárceles de Milán que, al sospechar la simulación de locura en un criminal, le administró fuertes y repetidas dosis de opio, de modo que el delincuente se sintió tan cansado "de la acción del opio que, temeroso de morir, consideró inútil seguir con el fingimiento"; véase "Folie soupçonnée d'être feinte, observée par le professeur Monteggia", traducido por Charles Chrétien Henri Marc en "Matériaux pour l'histoire médico-légale...", *op. cit.* (*supra*, clase del 23 de enero de 1974, nota 46), t. II, segunda parte, 1829, pp. 367-376; texto citado: p. 375. Cf. también: Charles Chrétien Henri Marc, *De la folie considérée dans ses rapports...*, *op. cit.*, t. I, p. 498; Armand Laurent, *Étude médico-légale sur la simulation...*, *op. cit.* (*supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 20), p. 239.

Ése fue el punto de partida; encontramos entonces –podemos decir que durante los primeros ochenta años del siglo XIX– una vasta práctica de la droga dentro de los hospitales psiquiátricos, drogas que eran en esencia el opio, el nitrito de amilo,[21] el cloroformo,[22] el éter:[23] en 1864 –los remito a ese texto– hay un texto importante de Morel aparecido en los *Archives générales de médecine* sobre la eterización de los enfermos en el hospital psiquiátrico.[24] Pero creo que el episodio [decisivo] de todo esto fue, por supuesto, el libro –y la práctica– de Moreau de Tours, *Du haschisch et de l'aliénation mentale*, de 1845.[25] En este libro sobre el hachís, que tuvo a mi entender una importancia histórica muy grande, Moreau de Tours cuenta que "él mismo" –y ya veremos [el valor]* de ese "él mismo"– ha probado la droga, y que después de tomar una cantidad bastante considerable en forma de papilla, pudo identificar en la intoxicación con esta sustancia una serie de fases que son las siguientes: primero, "sensación de dicha"; segundo, "excitación; disociación de ideas"; tercero, "error en cuanto al tiempo y el espacio"; cuarto, "desarrollo de la sensibilidad, tanto desde el punto de vista visual como desde el punto de vista auditivo: exageración de las sensaciones cuando se escucha música, etc."; quinto, "ideas fijas, convicciones delirantes"; sexto, alteración o, como dice el autor, "lesión de los afectos", exageración de los temores, de la excitabilidad, de la pasión amorosa, etc.; séptimo, "impulsos irresistibles", y octavo y último, "ilusiones, alucinaciones".[26] Creo que la ex-

[21] Descubierto en 1844 por Antoine Jérôme Balard (1802-1876) para tratar los dolores de la angina de pecho, el nitrito de amilo encuentra en la epilepsia y la histeria un campo para su experimentación terapéutica en psiquiatría. Cf. Amédée Dechambre, art. "Nitrite d'amyle", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, *op. cit.*, 2ª serie, t. XIII, 1879, pp. 262-269.

[22] Cf. *supra*, clase del 23 de enero de 1974, nota 2.

[23] Cf. *supra*, clase del 9 de enero de 1974, nota 18.

[24] Bénédic Augustin Morel preconiza el recurso a la eterización como "el más inocuo y rápido medio de llegar al conocimiento de la verdad" ("De l'éthérisation dans la folie...", *op. cit.*, p. 135).

[25] Joseph Jacques Moreau de Tours, *Du haschisch...*, *op. cit.*

* Grabación: la importancia.

[26] Las rúbricas mencionadas corresponden respectivamente a los títulos de las secciones II a VIII del cap. I, "Phénomènes psychologiques", *ibid.*, pp. 51-181.

periencia de Moreau de Tours y el uso que éste le da [deben considerarse]* por toda una serie de razones.

Ante todo –y en este aspecto sería incapaz de darles una explicación y ni siquiera un análisis– está el hecho de que, de inmediato, desde el comienzo, los efectos de la droga en esta experiencia fueron [...]** asimilados por Moreau de Tours a los procesos de la enfermedad mental.*** Cuando describe los distintos estadios que acabo de enumerarles, podrán advertir que muy pronto, desde la segunda rúbrica, pasado el momento de la sensación de dicha –y además veremos que logra recuperarla–, nos encontramos en el orden de la enfermedad mental: disociación de ideas, error con respecto al tiempo y el espacio, etc. Creo que esta confiscación psiquiátrica de los efectos de la droga dentro del sistema de la enfermedad mental plantea un problema importante, pero en rigor me parece que habría que analizarlo en el marco de una historia de la droga y no de una historia de la enfermedad mental. Sea como fuere, en lo concerniente a la historia de la enfermedad mental, esta utilización de la droga y la asimilación desde el principio entre sus efectos y los síntomas de la enfermedad mental brindan al médico, según Moreau de Tours, la posibilidad de una reproducción de la locura, reproducción a la vez artificial, pues para producir los síntomas necesitó la intoxicación, y natural, ya que ninguno de los síntomas enumerados por el autor son ajenos, no sólo en su contenido sino en su encadenamiento sucesivo, al desarrollo de la locura como enfermedad espontánea y natural; tenemos, por lo tanto, una reproducción provocada y auténtica de la enfermedad. Estamos en 1845, en plena época de una explosión de trabajos de fisiología experimental. Moreau de Tours es el Claude Bernard de la locura: hace aquí una transposición de la función glicogénica del hígado.[27]

* Grabación: son importantes.

** Grabación, repetición de: de inmediato.

*** Planteo así titulado en el manuscrito: "Idea de que los fenómenos derivados de la absorción de hachís son idénticos a los de la locura".

[27] Alusión a los trabajos de Claude Bernard (1813-1878) que, iniciados en 1843, debían llevarlo al descubrimiento de la función glicogénica del hígado, objeto de su tesis de doctorado en ciencias naturales, defendida el 17 de marzo de 1853: *Recherches sur une nouvelle fonction du foie, considéré comme organe producteur de matière sucrée chez l'homme et les animaux*, París, J.-B. Baillière, 1853. La historia de las etapas de su descubrimiento figura en su *Introduction à l'étude*

Otra cosa importante es que no sólo se cuenta con la idea, y por lo tanto, al parecer, con el instrumento de una experimentación voluntaria y concertada acerca de la locura, sino que se plantea además la idea de que los diferentes fenómenos que caracterizan la intoxicación con hachís constituyen una sucesión natural y necesaria, un encadenamiento espontáneo, una serie homogénea. Es decir: como esos fenómenos son homogéneos a los de la locura, se llega a la idea de que los distintos síntomas de ésta que los nosógrafos podrían imputar a tal o cual registro o atribuir a tal o cual enfermedad pertenecen, en el fondo, a la misma serie. Mientras la psiquiatría al estilo de Pinel y sobre todo de Esquirol trataba de ver cuál era la facultad dañada en tal o cual enfermedad mental,[28] ahora va a postularse la idea de que, en realidad, sólo hay una locura que evoluciona a lo largo de la existencia de los individuos y puede, claro está, detenerse, bloquearse, fijarse en un estadio, así como la intoxicación [con] hachís, pero, de todos modos, encontraremos la misma locura por doquier y durante toda la evolución. Así, el hachís permitiría descubrir lo que los psiquiatras habían buscado durante tanto tiempo, es decir justamente el "fondo" único a partir del cual todos los síntomas de la locura pueden desplegarse. Ese foco, ese famoso foco que los anatomopatólogos, por su parte, habían tenido la suerte de poder aprehender y fijar en un punto del cuerpo, se alcanzará mediante la experimentación con el hachís, porque así se encontrará el núcleo mismo a partir del cual ha de desplegarse toda la locura. Y ese núcleo fundamental que Moreau de Tours cree haber hallado es lo que él llama en 1845 "modificación intelectual primitiva",[29] y denominará más adelante, en un texto de 1869, "modificación primordial".[30] Así describe esa modificación primitiva:

> Toda forma, todo accidente del delirio o de la locura propiamente dicha: ideas fijas, alucinaciones, carácter irresistible de los impulsos [como ven,

de la médecine expérimentale, París, J.-B. Baillière, 1865, pp. 286-289 y 318-320 [trad. esp.: *Introducción al estudio de la medicina experimental*, Barcelona, Fontanella, 1976].

[28] Cf. *supra*, clase del 5 de diciembre de 1973, nota 12.

[29] Joseph Jacques Moreau de Tours, *Du haschisch*..., *op. cit.*, p. 36.

[30] Joseph Jacques Moreau de Tours, *Traité pratique de la folie névropathique (vulgo histérique)*, París, J.-B. Baillière, 1869, pp. IX, XIV, XVII y XIX.

> son todos los síntomas que volvemos a constatar en la intoxicación con hachís; M. F.], tienen su origen en una modificación intelectual primitiva, siempre idéntica a sí misma, que es desde luego la condición esencial de su existencia. Se trata de la excitación maníaca.[31]

Esta expresión no es demasiado exacta, pues se trata de un "estado simple y complejo a la vez, de vaguedad, incertidumbre, oscilación y movilidad de las ideas, que a menudo se traduce en una profunda incoherencia. Es una desagregación, una verdadera disolución del compuesto intelectual que llamamos facultades morales".[32]

Así se identifica entonces, gracias al hachís, el síntoma principal o, mejor dicho, el foco mismo a partir del cual se desplegarán los diferentes síntomas de la locura. Mediante el hachís se puede, por lo tanto, reproducir, señalar, reconstituir y a decir verdad actualizar ese "fondo" esencial de cualquier locura. Como ven, sin embargo, y esto es lo importante, ese "fondo" esencial de la locura se reproduce por intermedio del hachís, sí, pero ¿en quién? En cualquiera, y en este caso en el médico. La experiencia con esta droga brindará entonces al médico la oportunidad de comunicarse directamente con la locura a través de algo distinto de la observación externa de los síntomas visibles; será posible comunicarse con la locura por la experiencia subjetivante hecha por el médico acerca de los efectos de la intoxicación con hachís. El psiquiatra podrá sustituir por su propia experiencia ese famoso cuerpo orgánico que los anatomopatólogos tenían frente a sí y que falta en el alienista, ese cuerpo, ese terreno de evidencia, esa instancia de verificación experimental de la que el psiquiatra carece. De allí la posibilidad de asimilar la experiencia de éste a la experiencia del loco; posibilidad, por consiguiente, de tener acceso a algo que será el punto cero entre la psicología moral y la psicología patológica. Y para el psiquiatra, en nombre de su normalidad y de las experiencias que puede hacer en cuanto psiquiatra normal pero intoxicado, posibilidad, sobre todo, de ver, decir la locura y dictarle su ley.

Hasta la experiencia de Moreau de Tours, quien dictaba la ley a la locura era, desde luego, el psiquiatra como individuo normal, pero la dictaba con la

[31] Joseph Jacques Moreau de Tours, *Du haschisch...*, *op. cit.*, pp. 35-36.
[32] *Ibid.*, p. 36.

forma de una exclusión: estás loco porque no piensas como yo; reconozco que estás loco en cuanto las razones valederas para mí no pueden penetrar en lo que haces. El psiquiatra como individuo normal dictaba la ley al loco con la modalidad de esa exclusión, de esa alternativa. Pero he aquí que ahora, a partir de la experiencia con el hachís, el psiquiatra va a poder decir: yo sé cuál es la ley de la locura, la reconozco justamente porque puedo reproducirla en mí mismo; puedo, con la salvedad de ciertas modificaciones como la intoxicación con hachís, seguir en mí mismo y reconstituir todo el hilo de los acontecimientos y procesos que caracterizan la locura. Puedo comprender lo que pasa; puedo aprehender y reconstituir el movimiento auténtico y autónomo de la locura; soy capaz, entonces, de captarla desde adentro.

Y de ese modo se funda la famosa y absolutamente novedosa autoridad de la psiquiatría sobre la locura que adopta la forma de la comprensión. La relación de interioridad que el psiquiatra establece por medio del hachís le permitirá decir: esto es la locura, pues yo puedo comprender efectivamente, en tanto individuo normal, el movimiento por el cual este fenómeno se produce. La comprensión como ley del psiquiatra normal sobre el movimiento mismo de la locura encuentra allí su principio de origen. Y así como hasta entonces la locura era precisamente lo que un pensamiento normal no podía reconstituir, ahora será, por el contrario, lo que debe poder reconstituirse por y a partir de la comprensión del psiquiatra; en consecuencia, esta captación interior da un complemento de poder.

Pero ¿qué es ese "fondo" primordial así identificado que el psiquiatra puede reconstituir por intermedio del hachís y que, por tanto, no es la locura –pues el hachís no es la locura– pero de algún modo lo es, porque se lo encuentra en estado puro y espontáneo en ella? ¿Qué es, en efecto, ese fondo primordial homogéneo a la locura* y que, sin embargo, no es la locura y que encontraremos en el psiquiatra y en el loco? Moreau de Tours designa ese elemento, un elemento que ustedes, por supuesto, ya conocen: el sueño. La experiencia del hachís da acceso al sueño, en cuanto mecanismo que puede constatarse en el hombre normal y servirá precisamente de principio de inteligibilidad de la locura.

* El manuscrito agrega: "por ser a la vez el basamento y el modelo".

> Parece, entonces, que dos modos de existencia moral y dos vidas han sido concedidos al hombre. La primera de esas dos existencias resulta de nuestras relaciones con el mundo externo, con ese gran todo que llamamos universo; ella nos es común con los seres que se asemejan a nosotros. La segunda no es sino el reflejo de la primera y sólo se alimenta, en cierto modo, de los materiales que ésta le proporciona, pero es, sin embargo, perfectamente distinta de ella. El dormir es como una barrera elevada entre ambas, el punto fisiológico donde termina la vida exterior y comienza la vida interior.[33]

¿Y qué es exactamente la locura? Pues bien, la locura, como la intoxicación con hachís, es ese estado particular de nuestro sistema nervioso en el cual las barreras del dormir o las de la vigilia, o la doble barrera constituida por el dormir y la vigilia, van a resultar rotas o, en todo caso, serán traspasadas en una serie de lugares; y la irrupción de los mecanismos del sueño en la vigilia provocará la locura si el mecanismo, en cierto modo, es endógeno, y provocará asimismo la experiencia alucinatoria de los intoxicados si la ruptura tiene su origen en la absorción de un cuerpo extraño. El sueño queda asignado entonces al papel de ley común a la vida normal y la vida patológica; es el punto a partir del cual la comprensión del psiquiatra podrá imponer su ley a los fenómenos de la locura.

Desde luego, la fórmula según la cual "los locos son soñadores despiertos"[34]

[33] Joseph Jacques Moreau de Tours, *Du haschisch...*, *op. cit.*, pp. 41-42, y "De l'identité de l'état de rêve et de la folie", en *Annales Médico-Psychologiques*, 3ª serie, t. I, julio de 1855, pp. 361-408.

[34] Como recuerda M. Foucault en *Historia de la locura*, la idea de una analogía de los mecanismos productores de los sueños y la locura se desarrolla ya en el siglo XVII; cf. Michel Foucault, *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), segunda parte, cap. 2, "La transcendance du délire", pp. 256-261. Además de los textos a los cuales Foucault se refiere por entonces, podemos mencionar una carta de Spinoza dirigida a Pierre Balling en la que aquél menciona un tipo de sueño que, según cuáles fueren el cuerpo y el movimiento de sus humores, es análogo a lo que encontramos en los delirios (véase Baruch Spinoza, carta del 20 de julio de 1664 a Pierre Balling, en *Œuvres*, trad. y notas de C. Appuhn, París, Garnier-Flammarion, 1966, t. IV, núm. 17, p. 172) [trad. esp.: *Correspondencia completa*, Madrid, Hiperión, 1988], así como la célebre fórmula de Kant: "El trastornado es también un soñador despierto" (*"Der Verrückte ist also ein Traumer im Wachen"*), en Immanuel Kant, "Essai sur les maladies de la tête", trad. de

no es una fórmula novedosa: ya la encontramos [enunciada]* con toda claridad en Esquirol[35] y, en definitiva, en toda una tradición psiquiátrica.[36] Pero

---

J.-P. Lefevre, en *Évolution psychiatrique*, Toulouse, Privat, 1971, p. 222 [trad. esp.: *Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza*, Madrid, A. Machado Libros, 2001]. Cf. también Immanuel Kant, *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht afsgefasst von Immanuel Kant*, Königsberg, Friedrich Nicolovius, 1798 (trad. francesa: *Anthropologie du point de vue pragmatique*, trad. de M. Foucault, París, Vrin, 1964) [trad. esp.: *Antropología en sentido pragmático*, Madrid, Alianza, 1991]: "Quien [...] queda librado a un juego de ideas en el cual ve, se conduce y juzga no en un mundo compartido con otros, sino (como en un sueño) [se encuentra] en un universo que sólo pertenece a él" ("Didactique", t.53, p. 173).

* Grabación: formulada.

[35] Jean Étienne Dominique Esquirol, art. "Délire", *op. cit.*, p. 252: "El delirio, como los sueños, sólo trata sobre objetos que se han presentado a nuestros sentidos en el estado de salud y durante la vigilia. [...] Entonces podíamos alejarnos de ellos o acercarnos; en el dormir y el delirio no gozamos de esa facultad"; reeditado en *Des maladies mentales...*, *op. cit.*, t. I; art. "Hallucinations", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société...*, *op. cit.*, t. XX, 1817, p. 67: "Quien delira, quien sueña [...] está entregado a sus alucinaciones, sus sueños [...]; sueña despierto"; reeditado en *Des maladies mentales...*, *op. cit.*, t. I, p. 292; en su informe "Des illusions chez les aliénés (erreurs des sens)" (reeditado en *ibid.*), Esquirol dice que los "alucinados son soñadores despiertos".

[36] Sobre esta tradición psiquiátrica es posible remitirse a diversas fuentes: a) Alfred Maury, "Nouvelles observations sur les analogies des phénomènes du rêve et de l'aliénation mentale" (informe leído en la Société Médico-Psychologique el 25 de octubre de 1852), *Annales Médico-Psychologiques*, 2ª serie, t. V, julio de 1853, pp. 404-421: "De certains faits observés dans les rêves et dans l'état intermédiaire entre le sommeil et la veille", en el cual, inscripto en esta tradición, Maury sostiene que "el hombre que cae bajo el imperio de un sueño representa verdaderamente al hombre afectado de alienación mental" (*Annales Médico-Psychologiques*, 3ª serie, t. III, abril de 1857, pp. 157-176; texto citado: p. 168, y *Le Sommeil et les rêves. Études psychologiques sur ces phénomènes et les divers états qui s'y attachent*, París, Didier, 1861 (sobre todo el cap. V, "Des analogies de l'hallucination et du rêve", pp. 80-100, y cap. VI, "Des analogies du rêve et de l'aliénation mentale", pp. 101-148); b) Sigmund Freud, *Die Traumdeutung* (1901), cap. I, "Die wissenschaftliche Literatur der Traumprobleme", y cap. VIII, "Literatur. Verzeichnis", en *GW*, t. II-III, 1942, pp. 1-99 y 627-642 respectivamente (trad. francesa: *L'Interprétation des rêves*, trad. de D. Berger, cap. I, "La littérature scientifique concernant les problèmes du rêve", y cap. VIII, "Bibliographie", París, Presses Universitaires de France, 1967, pp. 11-89 y 529-551 respectivamente) [trad. esp.: *La interpretación de los sueños*, en *OC*, t. 4 y 5, 1979]; c) Henri Ey, "Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille", en *Annales Médico-Psy-*

lo absolutamente nuevo y, creo, capital en Moreau de Tours y su libro sobre el hachís es que no se trata de una mera comparación entre la locura y el sueño, sino de un principio de análisis.[37] Más aún: en Esquirol y los psiquiatras que en esa época e incluso antes decían "los locos son soñadores", había una analogía entre los fenómenos de la locura y los fenómenos del sueño, mientras que Moreau de Tours hace una relación entre estos últimos y, a la vez, los fenómenos de la vigilia normal y los de la locura.[38] Este autor apuntó y estableció la posición del sueño entre la vigilia y la locura, y en este aspecto ocupa en la historia de la psiquiatría y la historia del psicoanálisis un lugar absolutamente fundacional. Tomémoslo en otros términos: no fue Descartes quien dijo que el sueño excede a la locura y la comprende,[39] sino Moreau de

---

chologiques, 14ª serie, t. II, junio de 1934; *Études psychiatriques*, vol. I, *Historique, méthodologie, psychopathologie générale*, 2ª ed. revisada y aumentada, París, Desclée de Brouwer, 1962, segunda parte, "Le 'rêve, fait primordial' de la psychopathologie. Historique et position du problème", y "Bibliographie", pp. 218-228 y 282 respectivamente, y "La dissolution de la conscience dans le sommeil et le rêve et ses rapports avec la psychopathologie", en *Évolution Psychiatrique*, t. XXXV, 1, 1970, pp. 1-37. Véanse las páginas que Foucault dedica a la cuestión en *Histoire de la folie…, op. cit.* (1972), pp. 256-261.

[37] Cosa que pone de relieve Jules Baillarger durante la discusión de la reseña de la obra de J. J. Moreau de Tours hecha por el doctor J. B. E. Bousquet, "Du délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique" (informe leído en la Académie Impériale de Médecine el 8 de mayo de 1855), en *Annales Médico-Psychologiques*, 3ª serie, t. I, julio de 1855, pp. 448-455. En respuesta a las críticas de Bousquet, Baillarger señala que "lo que importa hacer admitir no es la identidad del estado orgánico en ambos casos, sino únicamente la analogía extrema que, desde el punto de vista psicológico, presentan el estado del dormir y el estado de locura, y las preciosas enseñanzas que pueden extraerse de ese estudio comparado" (*ibid.*, p. 465). Por su parte, Moreau de Tours, al evocar las "condiciones orgánicas" del dormir y los "fenómenos fundamentales del delirio", propone que, "para aprehender, estudiar y comprender con claridad un conjunto de fenómenos tan complejos como el de los desórdenes intelectuales, es menester […] agrupar esos fenómenos de acuerdo con las analogías y afinidades más o menos numerosas que exhiben" (Joseph Jacques Moreau de Tours, *Du haschisch…, op. cit.*, p. 44).

[38] Joseph Jacques Moreau de Tours, *Du haschisch…, op. cit.*, segunda parte, § 1, "Généralités physiologiques", pp. 32-47.

[39] Alusión al privilegio que, según Jacques Derrida, Descartes otorga al sueño por encima de la locura en la "Première méditation", "Des choses que l'on peut révoquer en doute", en *Méditations touchant la première philosophie, op. cit.* (*supra*, clase del 14 de noviembre de

Tours quien puso el primero en una posición tal con respecto a la segunda que el sueño la envuelve, la comprende y permite entenderla. Y a partir de Moreau de Tours el psiquiatra dice (y el psicoanalista, en el fondo, no dejará de repetir): como puedo soñar, puedo comprender bien qué es la locura. Sobre la base de mi sueño y de lo que puedo captar de él, voy a terminar por comprender cómo pasan las cosas en quien está loco. Moreau de Tours y su libro sobre el hachís son el punto de partida de esa comprensión.

La droga, por lo tanto, es el sueño inyectado en la vigilia: es, en cierto modo, la vigilia intoxicada por el sueño. La efectuación misma de la locura. De allí la idea de que al hacer tomar hachís a un enfermo no se hace sino acrecentar su locura, pues ya está enfermo. Hacer tomar hachís a un individuo normal es volverlo loco, pero darlo a un enfermo significará hacer más visible su locura, precipitar su curso. De tal modo, Moreau de Tours estableció en sus servicios una terapia del hachís. Y comenzó –él mismo lo dice– por cometer un error: administraba la droga a los melancólicos, creyendo que la "excitación maníaca", esa especie de agitación que es a la vez el dato primordial de la locura y el carácter del sueño, iba a compensar lo que había de triste, coagulado e inmóvil en ellos; es decir, se le había ocurrido compensar la fijeza melancólica por medio de la agitación maníaca del hachís .[40] Enseguida se dio cuenta de que la cosa no funcionaba y tuvo la idea de reactualizar, justamente, la vieja técnica de la crisis médica.

Se dijo: como la manía consiste en una especie de excitación, y como en la tradición médica clásica –la que aún encontramos en Pinel,[41] por otra

1973, nota 11), pp. 268-269. Cf. los comentarios de M. Foucault en *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), primera parte, cap. II, pp. 56-59, y apéndice I, "Mon corps, ce papier, ce feu" (*supra*, clase del 14 de noviembre de 1973, nota 11).

[40] Joseph Jacques Moreau de Tours, *Du haschisch...*, *op. cit.*, tercera parte, "Thérapeutique", p. 402: "Uno de los efectos del hachís que más me había sorprendido [...] era esa suerte de excitación maníaca siempre acompañada de una sensación de alegría y felicidad [...] Vi en ello un medio de combatir eficazmente las ideas fijas de los melancólicos [...] ¿Me equivocaba en mis conjeturas? Me siento inclinado a creerlo".

[41] *Ibid.*, p. 405: "Pinel, y con él todos los médicos de alienados, vieron la alienación decidirse por accesos de agitación". Alusión a los relatos de curaciones obtenidas a continuación de un "acceso crítico" que Pinel menciona en su *Traité médico-philosophique...*, *op. cit.* (1800), sec. I, § XIII, "Motifs qui portent à regarder la plupart des accès de manie comme l'effet d'une

parte– la crisis es precisamente el momento en que los fenómenos de una enfermedad se hacen más rápidos y más intensos, hagamos a los maníacos un poco más maníacos; démosles hachís y gracias a esto los curaremos.[42] Y en los libros de protocolos de esta época encontramos una gran cantidad de ejemplos de curación sin el análisis, desde luego, de los casos eventuales de reincidencia, porque se entendía que una curación, una vez adquirida y aun cuando fuera puesta en cuestión algunos días después, era siempre una curación.

Como ven, tenemos aquí una reconstitución, paralela y ajena al interrogatorio, de los mecanismos que son precisamente los que vimos poner en juego en él. El hachís es una suerte de interrogatorio automático, y si el médico pierde poder en la medida en que deja actuar la droga, el enfermo, por su parte, está preso en el automatismo de ésta, no puede oponer su poder al del médico y lo que éste puede perder como poder lo recupera por el hecho de tener una comprensión del interior mismo de la locura.

El tercer sistema de pruebas en la práctica psiquiátrica de los dos primeros tercios del siglo XIX es el magnetismo y la hipnosis. En su origen, el magnetismo se utilizó esencialmente como un modo de desplazamiento de la crisis. El magnetizador, en la práctica magnética de fines del siglo XVIII, era en lo fundamental quien imponía su voluntad al magnetizado y, por consiguiente, si los psiquiatras tuvieron desde los años 1820-1825 la idea de utilizar el magnetismo en los hospitales psiquiátricos –en la Salpêtrière– fue justamente para reforzar aún más el efecto de poder que el médico quería atribuirse.[43] Pero había algo más: el efecto del magnetismo, tal como se lo veía funcionar en las postrimerías del siglo XVIII y los comienzos del siglo XIX, consistía por una

réaction salutaire et favorable à la guérison", pp. 37-41. Véase también Augustin Jacob Landré-Beauvais (adjunto de Pinel en la Salpêtrière), art. "Crise", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société*..., *op. cit.*, t. VII, 1813, pp. 370-392.

[42] Joseph Jacques Moreau de Tours, *Du haschisch*..., *op. cit.*, p. 405: "Se desprendía para nosotros una indicación precisa que podríamos formular así: mantener la agudeza primera del delirio que tiende al estado crónico o bien recordarla, reavivarla cuando amenaza apagarse. Entre todos los medicamentos conocidos, el extracto de cáñamo de la India era el más apropiado para cumplir esta indicación".

[43] *Supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 21.

parte en dar una autoridad –y una autoridad total– al médico sobre el enfermo, pero también proporcionar a este último una lucidez complementaria –lo que los mesmerianos llamaban "intuitiva"–, proporcionar una "intuitiva" complementaria gracias a la cual el sujeto iba a ser capaz de conocer su propio cuerpo, su propia enfermedad y, eventualmente, la enfermedad de los otros.[44] A fines del siglo XVIII, el magnetismo era en el fondo una manera de confiar al enfermo mismo lo que era tarea del médico en la crisis clásica. En ésta, el médico tenía a su cargo prever qué era la enfermedad, descubrir en qué consistía y manejarla en el curso de la crisis.[45] Ahora, en el magnetismo tal como lo practican los mesmerianos ortodoxos, [se trata de]* poner al enfermo en un estado tal que pueda conocer efectivamente la naturaleza, el proceso y el término de su enfermedad.[46]

[44] Pierre Foissac, *Mémoire sur le magnétisme animal, adressé à messieurs les membres de l'Académie des sciences et de l'Académie royale de médecine*, París, Didot Jeune, 1825, p. 6: "Una vez caído en un sueño profundo, el magnetizado muestra el fenómeno con una nueva vida [...] La esfera de la conciencia se agranda y ya se manifiesta esa facultad tan preciosa que los primeros magnetizadores denominaron 'intuitiva' o 'lucidez' [...] Por ella, los sonámbulos [...] reconocen las enfermedades que los afectan, las causas próximas o remotas de éstas, su sede, su pronóstico y el tratamiento que les es propicio [...] Al posar sucesivamente la mano sobre la cabeza, el pecho y el abdomen de un desconocido, los sonámbulos descubren también sus enfermedades, sus dolores y las diversas alteraciones ocasionadas por ellas; indican *además si la cura es posible, fácil o difícil, cercana o lejana, y qué medios deben emplearse para* alcanzar el resultado".

[45] *Supra*, clase del 23 de enero de 1974, notas 28 y 33.

* Grabación: es.

[46] Así ocurre con la cura magnética llevada a cabo el 4 de mayo de 1784 por Armand Marc Jacques de Chastenet, marqués de Puységur (1751-1825), sobre Victor Race, un campesino de 23 años vinculado a su dominio de Buzancy (Soissonnais): dormido, Race responde a las preguntas, emite una opinión sobre su estado, indica una línea de conducta terapéutica y pronostica la fecha de su retorno a la salud, que se confirmará. Otro de los sujetos es Charles François Amé, de 14 años, que sometido a un sueño magnético anuncia la duración e intensidad de sus crisis futuras. Cf. Armand M. J. Chastenet de Puységur, *Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*, París, s. n., 1784, vol. I, pp. 199-211 y 96-97 respectivamente; *Détail des cures operées à Buzancy, près de Soissons, par le magnétisme animal*, opúsculo anónimo publicado por Puységur, Soissons, 1784; véase además el relato de la cura del joven Hébert, precedido de un alegato a favor del magnetismo: *Appel aux savans observateurs du dix-neuvième siècle de la décision portée sur leurs prédécesseurs contre le magnétisme*

Así, en las experiencias hechas entre 1820 y 1825 en la Salpêtrière, encontramos un primer intento de magnetismo de este tipo. Se dormía a un enfermo o una enferma y se le preguntaba cuál era la enfermedad que padecía, desde cuándo, por qué motivos y cómo debía librarse de ella. Al respecto hay toda una serie de testimonios.

He aquí una mesmerización hecha hacia 1825 o 1826. El magnetizador recibe a una enferma y le pregunta:

> ¿Quién la ha dormido? —Usted. —¿Por qué vomitó ayer? —Porque me dieron caldo frío. —¿A qué hora vomitó? —A las cuatro. —¿Comió después? —Sí señor, y no vomité lo que comí. —¿Con qué accidente comenzó su enfermedad? —Pasé frío. —¿Hace mucho? —Hace un año. —¿No ha sufrido una caída? —Sí señor. —¿Al caer golpeó con el estómago? —No, me caí de espaldas, etcétera.[47]

En cierto modo, por lo tanto, el diagnóstico médico se hacía en la apertura realizada por la práctica magnética.

De tal modo, uno de los alienistas más serios de esta época, Georget, magnetizó a dos enfermas, una de las cuales se llamaba "Pétronille" y la otra era conocida como "Braguette".[48] La primera, sometida al magnetismo e in-

animal, et fin du traitement du jeune Hébert, París, Dentu, 1813. Sobre la historia de las curas magnéticas es posible remitirse a: Simon Mialle, *Exposé par ordre alphabétique des cures operées en France par le magnétisme animal depuis Mesmer jusqu'à nos jours (1774-1826)*, París, Dentu, 1826. Cf. también Henri F. Ellenberger, "Mesmer and Puységur: From magnetism to hypnotism", en *Psychoanalytic Review*, vol. 52, 2, 1965.

[47] Se trata de la octava sesión llevada a cabo el 2 de noviembre de 1820 por el barón Jules Dupotet de Sennevoy en el servicio del doctor Husson, médico en jefe del Hôtel-Dieu, en la persona de Catherine Samson, de 18 años; cf. *Exposé des expériences publiques sur le magnétisme animal faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant le cours des mois d'octobre, novembre et décembre 1820* [1821], 3ª ed., París, Béchet Jeune, 1826, p. 24.

[48] Ingresado en 1816 al servicio de Esquirol en la Salpêtrière, Étienne Jean Georget defiende el 8 de febrero de 1820 su tesis "Dissertation sur les causes de la folie", *op. cit.*, antes de publicar ese mismo año la obra a la cual debe su reputación, *De la folie…*, *op. cit.* En 1821, con Léon Rostan, convirtió en sujetos de experiencia a dos pacientes, Pétronille y Manoury, viuda de Brouillard, llamada Braguette (cf. *supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 21).

terrogada por Georget, dijo: "Lo que me enfermó fue que me caí al agua, y si quiere curarme usted mismo deberá arrojarme a ella".[49] Cosa que Georget hizo, pero la curación no se produjo porque, de hecho, la enferma había aclarado que se había caído al agua en el canal del Ourcq y aquél la había arrojado simplemente a un estanque.[50] Pétronille solicitaba en concreto la repetición del trauma; más adelante, la mujer fue considerada como una simuladora y Georget, como la víctima inocente e ingenua de sus maniobras. No importa; quería insistir en este asunto para mostrarles que en esa época, hacia 1825, el magnetismo funciona como un complemento, una prolongación de la crisis clásica: conocer, hacer la prueba de la enfermedad en su verdad.

En rigor, la verdadera inserción del magnetismo y la hipnosis en la práctica psiquiátrica se producirá más adelante, después de Braid, es decir después del tratado *Neurhypnology, or the Rationale of Nervous Sleep*, que data de 1843,[51] y sobre todo luego de la introducción en Francia de las prácticas de Braid en torno de Broca en 1858-1859.[52]

¿Por qué el braidismo conquistó aceptación, cuando el viejo mesmerismo había sido abandonado hacia la década de 1830?[53] Si el mesmerismo cayó en

[49] "Pétronille [...] pide a Georget que la arrojen al agua en el momento de sus reglas". Cf. Claude Burdin y Frédéric Dubois, llamado Dubois d'Amiens, *Histoire académique du magnétisme animal*, París, J.-B. Baillière, 1841, p. 262.

[50] *Ibid.*, pp. 262-263: "Las prescripciones de Pétronille no se habían seguido con exactitud; ella había dicho que debían sumergirla en el canal del Ourcq, pues allí había caído y contraído su enfermedad: *similia similibus*; tal debía ser, en efecto, el final de la historia".

[51] James Braid (1795-1860), cirujano escocés, convertido al magnetismo a raíz de demostraciones de "mesmerismo" hechas en noviembre de 1841 en Manchester por un discípulo del marqués de Puységur, Charles Lafontaine, populariza su práctica con la denominación de "hipnotismo". Cf. James Braid, *Neurhypnology, or the Rationale of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism. Illustrated by Numerous Cases of its Successful Application in the Relief and Cure of Diseases*, Londres, John Churchill, 1843 (trad. francesa: *Neurhypnologie, ou Traité du sommeil nerveux considéré dans ses rapports avec le magnétisme animal, et relatant de nombreux succès dans ses applications au traitement des maladies*, trad. de G. Simon y prefacio de E. Brown-Séquard, París, A. Delahaye, 1883).

[52] Cf. *infra*, nota 55.

[53] Durante la Restauración, la medicina institucional ve como una amenaza la influencia creciente del magnetismo. El enfrentamiento se produce con la constitución de comisiones oficiales: la primera, designada el 28 de febrero de 1826, comienza sus trabajos en enero de 1827

el abandono fue precisamente porque, con ingenuidad, los magnetizadores querían confiar a los enfermos y a su "lucidez" el poder y el saber médicos que, en el funcionamiento mismo de la institución, sólo podían corresponder al médico; de allí los obstáculos puestos por la Académie de Médecine y los propios médicos ante las primeras prácticas de hipnosis. En cambio, el braidismo fue aceptado y penetró con bastante facilidad a partir de la década de 1860 en la práctica asilar y psiquiátrica. ¿Por qué? Por un lado, claro está, porque el braidismo –o digamos simplemente la hipnosis– abandona la vieja teoría del soporte material del magnetismo.[54] Es decir que la hipnosis, tal como la define Braid, adjudica todos sus efectos a la sola voluntad del médico. Sólo la afirmación de éste, sólo su prestigio, sólo el poder que ejerza sobre el enfermo sin ningún intermediario, sin ningún soporte material, sin el paso de ningún fluido, ese poder, por sí solo, logrará producir los efectos propios de la hipnosis.

La segunda razón es que el braidismo despoja al enfermo de la facultad de producir esa verdad médica que aún se le pedía en 1825 o 1830. En el braidismo, la hipnosis constituye el elemento dentro del cual el saber médico podrá desplegarse. Lo que sedujo a los médicos y los llevó a aceptar lo que

---

y presenta sus conclusiones el 28 de junio de 1831; éstas, juzgadas demasiado favorables, no son publicadas por la Académie de Médecine. El informe de una segunda comisión, con conclusiones desfavorables, es aprobado el 5 de septiembre de 1837. El 15 de junio de 1842 se firma la sentencia de muerte del magnetismo con la decisión de la academia de no ocuparse más de la cuestión. Cf. Louis Peisse, "Des sciences occultes au XIX[e] siècle. Le magnétisme animal", en *Revue des Deux Mondes*, t. 1, marzo de 1842, pp. 693-723.

[54] Mientras el mesmerismo se propone "demostrar que los cuerpos celestes actúan sobre nuestro planeta y que nuestros cuerpos humanos están igualmente sometidos a la misma acción dinámica" (Antonius Mesmer, *Dissertatio physico-medica de planetarum influxu*, Viena, Typis Ghelenianis, s. f.; Viena, Chelem, 1766, p. 32), así como que la acción del magnetizador consiste en canalizar ese fluido hacia el enfermo, James Braid invoca una acción subjetiva, fundada en la fisiología del cerebro: cf. *The Power of the Mind over the Body: An Experimental Enquiry into the Nature and Cause of the Phenomena Attributed by Baron Reichenbach and Others to a New Imponderable*, Londres, John Churchill, 1846. Esta obra lo hace acreedor al homenaje, entre otros, del doctor Edgar Bérillon: "A Braid corresponde el honor de haber introducido definitivamente el estudio del sueño provocado en el dominio científico", y haber prestado "un gran servicio a la ciencia al dar al conjunto de sus investigaciones el nombre genérico de hipnotismo". Cf. Edgar Bérillon, *Histoire de l'hypnotisme expérimental*, París, Delahaye, 1902, p. 5.

rechazaban en 1830 fue que, gracias a la técnica de Braid, se podía de algún modo neutralizar por completo la voluntad del enfermo y dejar el campo absolutamente libre a la pura voluntad del médico. El factor que permitió la nueva entronización de la hipnosis en Francia fue la operación hecha por Broca (que realizó una cirugía en una paciente hipnotizada).[55] En ese momento, en efecto, la hipnosis aparecía como la brecha a través de la cual el poder-saber médico podría precipitarse y apoderarse del enfermo.

Esta neutralización del enfermo por medio de la hipnosis, el hecho de que ya no se pida al enfermo hipnotizado saber su enfermedad y, por el contrario, se le asigne la tarea de ser como una superficie neutra sobre la cual va a imprimirse la voluntad del médico, tendrá una importancia muy grande, porque a partir de allí podrá definirse la acción hipnótica. Eso es lo que hizo Braid y sobre todo, luego de él, lo que hizo en Francia una persona cuyos libros están firmados como Philips, pero cuyo verdadero nombre era Durand de Gros, un emigrado de 1852 vuelto al país algunos años más tarde y que vivía y publicaba bajo aquel nombre. Más o menos entre 1860 y 1864, este Philips definió los procesos y los diferentes episodios de la acción hipnótica.[56] Y mostró la importancia de la hipnosis, en primer lugar por su efecto disciplinario: es sedativa, exactamente como el interrogatorio y la droga; no insistiré en ello. Pero sobre todo, el estado hipnótico –lo que Philips/Durand de Gros llamaba "estado hipotáxico"– en el cual se encuentra el sujeto

[55] Michel Foucault se refiere a la intervención llevada a cabo el 4 de diciembre de 1859 en el hospital Necker por Paul Broca –a quien un cirujano de Burdeos, Paul Azam, acaba de dar a conocer los trabajos de Braid– y Eugène François Follin, que operaron a una mujer de cuarenta años. La intervención fue objeto de una comunicación a la Académie des Sciences, presentada por Alfred Armand Louis Marie Velpeau el 7 de diciembre de 1859: "Note sur une nouvelle méthode anesthésique", *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences*, París, Mallet-Buchelier, 1859, t. 49, pp. 902-911.

[56] Joseph Pierre Durand, llamado Durand de Gros (1826-1900), exilado en Inglaterra, donde descubre el braidismo, y luego en Estados Unidos, vuelve a Francia y publica con el seudónimo de Joseph Philips: *Électrodynamisme vital, ou les Relations physiologiques de l'esprit et de la matière, démontrées par des expériences entièrement nouvelles*, París, J.-B. Baillière, 1855, y luego un *Cours théorique et pratique de braidisme, ou Hypnotisme nerveux considéré dans ses rapports avec la psychologie, la physiologie et la pathologie, et dans ses applications à la médecine, à la chirurgie, à la physiologie expérimentale, à la médecine légale et à l'éducation*, París, J.-B. Baillière, 1860.

desde que empieza a ser hipnotizado[57] brindará al médico la posibilidad de disponer como quiera del enfermo. Disponer, en principio, del comportamiento: podrá impedirle comportarse de tal o cual manera mediante una orden o, al contrario, podrá obligarlo. Posibilidad, por lo tanto, de lo que Durand de Gros denomina "ortopedia": "El braidismo", dice, "nos proporciona la base de una ortopedia intelectual y moral que, sin duda, se inaugurará algún día en los establecimientos educativos y penitenciarios".[58] La hipnosis permite, entonces, un modelado, un enderezamiento de la conducta.

También permite una anulación de los síntomas. A través de la hipnosis se debe poder impedir la aparición de un síntoma; Durand de Gros pretende que el temblor de la corea puede suprimirse absolutamente si así se le ordena al enfermo.[59]

Tercero y último, en el nivel mismo del análisis y la modificación de las funciones, el hipnotizador puede tener influjo sobre el cuerpo del enfermo. Puede determinar la contracción o la parálisis de un músculo, puede excitar o anular la sensibilidad en la superficie del cuerpo, debilitar o intensificar las facultades intelectuales o morales; puede modificar incluso funciones automáticas, como la circulación o la respiración.[60]

Vemos entonces definirse o, mejor, aparecer en esta hipnosis, tal como ahora se la acepta, el famoso cuerpo del enfermo que hasta aquí estaba ausente de la práctica psiquiátrica. La hipnosis es lo que va a permitir intervenir de manera efectiva sobre el cuerpo, no simplemente en el plano disciplinario de los comportamientos manifiestos, sino en el nivel de los músculos, los nervios, las funciones elementales. Y por consiguiente, es una nueva ma-

[57] Durand de Gros define el "estado hipotáxico" como "una modificación preparatoria de la vitalidad, modificación que la mayoría de las veces permanece latente y cuyo efecto consiste en disponer la organización para sobrellevar la acción determinante y específica que constituye el segundo momento"; cf. *Cours théorique et pratique…*, *op. cit.*, p. 29.

[58] *Ibid.*, p. 112.

[59] *Ibid.* La corea es una afección nerviosa caracterizada por movimientos involuntarios, amplios y desordenados, de apariencia gesticulatoria. [Se la conoce popularmente como "baile de san Vito". (N. del T.)]

[60] *Ibid.*, p. 87: "El braidismo es una operación mediante la cual se procura determinar en el hombre ciertas modificaciones fisiológicas destinadas a cumplir algunas indicaciones de tratamiento médico o quirúrgico, o bien a facilitar estudios experimentales de biología".

nera, mucho más perfeccionada, mucho más consumada que el interrogatorio, de dar al psiquiatra una autoridad concreta sobre el cuerpo del enfermo; en otras palabras, es la primera vez que el cuerpo del enfermo, en su detalle funcional, por así decirlo, va a estar por fin al alcance del psiquiatra. El poder psiquiátrico va a aferrarse finalmente a ese cuerpo que se le escapaba desde que se supo que la anatomía patológica nunca sería capaz de dar cuenta del funcionamiento y los mecanismos de la locura.*

Pues bien, creo que con estos diferentes instrumentos, estas diferentes técnicas de realización de la enfermedad, tenemos los elementos a partir de los cuales va a desarrollarse lo que es el gran episodio central de la historia de la psiquiatría y la locura en el siglo XIX. Tenemos entonces tres instrumentos: el interrogatorio, la hipnosis y la droga. El interrogatorio, la hipnosis y la droga son tres maneras de realizar efectivamente la enfermedad, pero en el primero esa realización sólo se hace en el lenguaje, desde luego, y tiene sobre todo el doble defecto de, primero, no poner al psiquiatra, salvo por el juego de las preguntas y respuestas, en comunicación interna con los mecanismos de la locura, y segundo, no permitir un influjo sobre el detalle del cuerpo del enfermo.

Con la droga, por el contrario, va a existir la posibilidad de ese influjo interno, esa especie de complemento de poder dado al psiquiatra por el hecho de que éste cree, imagina ser capaz de comprender los fenómenos de la locura; influjo interno, por consiguiente. Y en cuanto a la hipnosis, va a ser el instrumento por medio del cual el psiquiatra tendrá autoridad sobre el funcionamiento mismo del cuerpo del enfermo.

Como ven, contamos entonces con los elementos sobre cuya base podrán constituirse... o, mejor dicho, los elementos que están presentes y que, de manera muy repentina, hacia los años 1860-1880, van a asumir una importancia y una intensidad extremas, justamente cuando, en el seno mismo de la medicina clásica orgánica, aparezca una nueva definición o, antes bien, una

* El manuscrito añade: "En la hipnosis tenemos, por lo tanto, un tipo de prueba de la enfermedad, que se compara con la droga por el efecto de disciplina y el efecto de reproducción de la realidad patológica. Sin embargo, se distingue y en cierto sentido se privilegia con respecto a la droga, porque es completamente adecuada a la voluntad del médico: hacer lo que quiera con el enfermo, y porque permite o al menos se espera de ella la anulación, uno por uno, de los síntomas, y posibilita una autoridad directa sobre el cuerpo".

nueva realidad del cuerpo; es decir, cuando se descubra un cuerpo que no es meramente un cuerpo con órganos y tejidos, sino con funciones, rendimientos, comportamientos; en síntesis, cuando se descubra el cuerpo neurológico, y ello en torno de Duchenne de Boulogne, hacia los años 1850-1860.[61]

En ese momento existirá la posibilidad, gracias a la conexión con el nuevo cuerpo que acaba de ser descubierto por la medicina y las técnicas de la hipnosis y la droga, de intentar por fin inscribir los mecanismos de la locura en un sistema de conocimiento diferencial, en una medicina fundada esencialmente sobre la anatomía o la fisiología patológicas. El gran fenómeno va a consistir en esta inscripción, esta tentativa de inscripción de la locura en el seno de una sintomatología médica general: una locura que, hasta ahora, se mantuvo siempre al margen por la ausencia de cuerpo, la falta de diagnóstico diferencial. El fracaso de este intento de Charcot, el hecho de que el cuerpo neurológico escape al psiquiatra, como el cuerpo de la anatomía patológica, va a dejar al poder psiquiátrico los tres instrumentos de poder que se introdujeron en la primera mitad del siglo XIX. Es decir que, luego de la desaparición de la gran esperanza neurológica, sólo contaremos con los tres elementos: el interrogatorio –el lenguaje–, la hipnosis y la droga, con los cuales, sea en los espacios asilares o en los espacios extraasilares, el poder psiquiátrico funciona aún en nuestros días.

[61] Entre 1850 y 1860, bajo el impulso de Guillaume Benjamin Amand Duchenne, llamado de Boulogne (1806-1875), la nosología de los trastornos funcionales de la motricidad se redefine y enriquece con el agregado de dos nuevos grupos de afecciones. Por una parte, la "atrofia muscular progresiva", estudiada desde 1849, y las "atrofias musculares de origen miopático", en 1853: *La Paralysie atrophique de l'enfance*, París, s. n., 1855. Por otra, la "atrofia locomotriz progresiva", conocida hasta entonces con el nombre de *tabes dorsalis*: "De la ataxie locomotrice progressive. Recherches sur une maladie caracterisée spécialement par des troubles généraux de coordination des mouvements", en *Archives Générales de Médecine*, 5ª serie, t. 12, diciembre de 1858, pp. 641-652; t. 13, enero de 1859, pp. 5-23; febrero de 1859, pp. 158-164, y abril de 1859, pp. 417-432. En 1860, Duchenne describe la "parálisis gloso-labio-laríngea", en *Archives Générales de Médecine*, 5ª serie, t. 16, 1860, pp. 283-296 y 431-445. Sobre Duchenne de Boulogne, cf. Paul Guilly, *Duchenne de Boulogne*, París, Baillière, 1936. Sobre la constitución del campo neurológico, cf.: Walther Riese, *A History of Neurology*, Nueva York, MD Publications, 1959, y Fielding Hudson Garrison, *History of Neurology*, ed. revisada y aumentada por Laurence McHenry, Springfield, Ill., C. C. Thomas, 1969.

Clase del 6 de febrero de 1974

El surgimiento del cuerpo neurológico: Broca y Duchenne de Boulogne – Enfermedades de diagnóstico diferencial y enfermedades de diagnóstico absoluto – El modelo de la "parálisis general" y las neurosis – La batalla de la histeria: I. La organización de un "escenario sintomatológico" – II. La maniobra del "maniquí funcional" y la hipnosis. La cuestión de la simulación – III. Neurosis y trauma. La irrupción del cuerpo sexual.

LA CLASE PASADA les señalé que, a mi juicio, uno de los acontecimientos importantes en la historia de la concentración del poder psiquiátrico fue la aparición de lo que llamé el "cuerpo neurológico".* ¿Qué puede entenderse por "cuerpo neurológico"? Hoy querría comenzar con esto.

Desde luego, el cuerpo neurológico es aún y siempre el cuerpo de la localización anatomopatológica. No hay que oponer el cuerpo neurológico y el cuerpo anatomopatológico; el segundo forma parte del primero: es, si se quiere, un derivado o una expansión de éste. Por otra parte, la mejor prueba de ello es que Charcot decía en uno de sus cursos, de 1879, que la constitución, los progresos y, en su opinión, hasta la culminación de la neurología, era el triunfo del "espíritu de localización".[1] Creo, sin embargo, que lo im-

* El manuscrito agrega: "De 1850 a 1870, surgimiento de un nuevo cuerpo".

[1] "Si hubiera logrado poner bajo su verdadera luz los trabajos relativos a la anatomía mórbida de los centros nerviosos, ustedes no habrían dejado de reconocer la tendencia principal que se revela en esos trabajos. En cierto modo, todos ellos parecen dominados por lo que podríamos llamar espíritu de localización, que no es, en suma, sino una emanación del espíritu de análisis". Jean-Martin Charcot, "Faculté de Médecine de Paris: anatomo-pathologie du système nerveux", en *Progrès Médical*, VII, 14, 5 de abril de 1879, p. 161.

portante es que los procedimientos para ajustar la localización anatómica y la observación clínica no son en absoluto los mismos cuando se trata de la neurología y cuando se trata de la medicina general corriente. Y me parece que la neurología, la clínica neurológica, implica una muy diferente presentación del cuerpo en el campo de la práctica médica. A mi entender, el cara a cara entre el cuerpo enfermo y el cuerpo médico se hace según disposiciones muy distintas en la neurología y la medicina general. Y considero que el episodio importante es la introducción de ese nuevo dispositivo, por y a través de la constitución de una neuropatología o una medicina clínica neurológica, razón por la cual querría destacarlo.

¿Qué es en sustancia ese dispositivo? ¿En qué consiste? ¿Cómo se produce la captación del cuerpo enfermo* en la clínica neurológica? Se produce, creo, de manera muy diferente de la captación del cuerpo enfermo que pudo verificarse en el momento de formación de la anatomía patológica; en el momento, si se quiere, de Bichat[2] y Laënnec.[3] A continuación voy a darles un ejemplo tomado de un texto que ni siquiera es de Charcot; es un texto que está en los archivos de éste en la Salpêtrière y que con toda seguridad es obra de uno de sus alumnos cuya identidad desconocemos, por supuesto. Se trata de la observación de una enferma, a quien se describe de este modo: su síntoma era algo muy simple, la caída del párpado izquierdo que se denomina *ptosis*. Entonces, el alumno toma para el propio Charcot, para que éste dicte a continuación la clase, las notas siguientes; paso por alto la descripción del rostro de la enferma y sólo les leo un pequeño fragmento:

> Si se le ordena abrir los párpados, levanta normalmente el derecho; el izquierdo, en cambio, apenas se mueve, lo mismo que la ceja, de modo que la

* El manuscrito precisa: "cuerpo cuya superficie es portadora de valores plásticos".

[2] Sobre Bichat, cf. *supra*, clase del 9 de enero de 1974, nota 38.

[3] Sobre Laënnec, cf. *ibid.* Desde 1803, Laënnec dicta un curso privado de anatomía patológica, de la cual desea hacer una disciplina con todas las de la ley. Propone una clasificación anat.patológica de las afecciones orgánicas derivada de la de Bichat, pero más completa; cf. René Laënnec, art. "Anatomie pathologique", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société..., op. cit.*, t. II, 1812, pp. 46-61. Véase el cap. que M. Foucault dedica a la anatomía patológica, "L'invisible visible", en *Naissance de la clinique..., op. cit.*, pp. 151-176.

> asimetría superciliar se acentúa aún más. En ese movimiento [...] la piel de la frente se arruga transversalmente del lado derecho, mientras que queda casi lisa del lado izquierdo. En estado de reposo, la piel de la frente no está arrugada ni a la derecha ni a la izquierda [...]
>
> Es preciso señalar además dos puntos: un pequeño hoyuelo muy visible según la incidencia de la luz, a ocho milímetros por encima de la ceja izquierda y a alrededor de dos centímetros hacia fuera y a la izquierda de la línea media de la frente; y una pequeña protuberancia hacia adentro del hoyuelo, que parece debida a la contracción del músculo superciliar. Esos dos puntos son muy apreciables si se los compara con el estado normal del lado derecho.[4]

Tenemos aquí un tipo de descripción que, a mi entender, es muy diferente de la que encontramos en el procedimiento anatomopatológico, en la mirada anatomopatológica.[5] En cierto sentido, con una descripción de estas características se vuelve a una suerte de mirada superficial, mirada casi impresionista, tal como se la podía constatar ya en la medicina del siglo XVIII, una época en la que la tez del enfermo, su coloración, el rubor de las mejillas, el aspecto inyectado de los ojos, etc., eran elementos importantes para el diagnóstico clínico.[6] La anatomía patológica –Bichat, Laënnec, si se quiere– había reducido enormemente esta descripción impresionista de la superficie y codificado una serie de signos en definitiva muy limitados, una serie de signos superficiales destinados a señalar, según un código bien establecido que era el de la clínica, la cosa esencial: justamente la lesión que, a continuación y ya fuera gracias a una operación quirúrgica o a la autopsia, y sobre todo a ésta, era descripta por el anatomopatólogo casi con tantos detalles como los

[4] Se trata de la observación de I. N., de 18 años, afectada de *ptosis* del párpado izquierdo, presentada en la consulta del 18 de febrero de 1891; cf. Jean-Martin Charcot, *Clinique des maladies du système nerveux (1889-1891)*, clases publicadas bajo la dirección de G. Guinon, París, Aux Bureaux du *Progrès médical*/Vve Babé, 1892, clase del 24 de febrero de 1891 (recogida por A. Souques), t. I, p. 332.

[5] Sobre la "mirada anatomopatológica" véase Michel Foucault, *Naissance de la clinique...*, *op. cit.*, cap. VIII, "Ouvrez quelques cadavres", pp. 136-142, y cap. IX, "L'invisible visible", pp. 164-172.

[6] *Ibid.*, cap. VI, "Des signes et des cas", pp. 90-95.

que acabo de leerles, si no más. En otras palabras, la anatomopatología refería fundamentalmente la descripción en sus detalles más ínfimos al órgano profundo y lesionado, y la superficie sólo se examinaba a través de un relevamiento de signos bastante simples y limitados.

Por el contrario, aquí tenemos, dentro del discurso y el saber médicos, un resurgimiento patente de los valores de superficie. Es esa superficie la que debe recorrerse en todos sus huecos y todas sus protuberancias, y mirar virtualmente sólo... mirar sólo hasta ahí. De hecho, y sin duda más aún que esa recalificación clínica de los valores casi impresionistas de la superficie, lo importante y, creo, decisivo en esa nueva captura clínica del enfermo neurológico y la constitución correlativa de un cuerpo neurológico frente a esa mirada y ese dispositivo de captación, es que en el examen neurológico se buscan en esencia "respuestas".

Me refiero a lo siguiente: en la anatomía patológica de Bichat y Laënnec es posible, desde luego, identificar los signos de inmediato, al primer vistazo; también se los puede obtener como consecuencia de una estimulación: se golpea, se presta oídos, etc. En el fondo, lo que se busca en la anatomía patológica clásica es el sistema estímulo-efecto: se percute el pecho, se escucha el ruido;[7] se pide al paciente que tosa y se presta atención a la estridencia de la tos; se palpa y se ve si hay calor. Por lo tanto: estímulo-efecto.

En el caso del examen neurológico tal como se constituye a mediados del siglo XIX, lo esencial de los signos –lo que hace que un signo sea un signo– no resulta tanto el hecho de ser [descifrado como] efecto más o menos mecánico, así como el ruido sigue a la percusión en la anatomía patológica clásica, cuanto el hecho de ser [descifrado] como respuesta. Y lo crucial me parece la sustitución del esquema estímulo-efecto por el esquema estímulo-respuesta, la introducción de toda una batería de estímulos-respuestas.

[7] Foucault hace referencia al modo de examen clínico mediante la "percusión", del que Jean Nicolas Corvisart (1755-1821) se erigió en apóstol luego de haber traducido y anotado la obra del vienés Leopold Auenbrugger (1722-1809), *Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi*, Viena, Typis Joannis Thomas Trattner, 1761 (trad. francesa: *Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité*, trad. y comentario de J. N. Corvisart, París, Impr. Migneret, 1808). En septiembre de 1816, Laënnec da los últimos toques al estetoscopio en el hospital Necker; cf. René Laënnec, *De l'auscultation médiate...*, *op. cit.* (1819).

Tenemos una multitud de ejemplos de esa puesta en juego de una batería de estímulos-respuestas. En el nivel propiamente elemental, ése fue el descubrimiento fundador de la neuropatología, el descubrimiento de Duchenne de Boulogne cuando, en las investigaciones sobre lo que llamaba "faradización localizada", logró obtener una respuesta muscular única o, mejor, la respuesta de un músculo único a una electrización de la superficie de la piel al humedecer los dos electrodos; al humectar la superficie de la piel, consiguió limitar el efecto de la electrización y obtuvo una respuesta singular de un solo músculo: tal fue el descubrimiento fundador de todo este campo.[8] A continuación, y sobre la base de lo precedente, se inició el estudio de los comportamientos complejos que implican ya sea un encadenamiento de diversos automatismos, ya sea un aprendizaje anterior, y aquí encontramos, si se quiere, los dos grandes dominios en los cuales la captura, los dispositivos de captura neurológica, se establecieron a la perfección. Me refiero al estudio de la afasia llevado a cabo por Broca[9] y al estudio

[8] Incitado por numerosos trabajos, entre ellos los realizados en 1826 por el fisiólogo François Magendie (1783-1855), que recurren a la estimulación eléctrica para estudiar los mecanismos de la excitación nerviosa y la contracción muscular, G. B. A. Duchenne de Boulogne utiliza la "faradización" para explorar la excitabilidad de los músculos y los nervios y establecer el diagnóstico y el tratamiento de sus afecciones. Expone sus resultados en una primera memoria presentada en 1847 a la Académie des Sciences: "De l'art de limiter l'action électrique dans les organes, nouvelle méthode d'électrisation appelée 'électrisation localisée'", reeditada en *Archives Générales de Médecine*, julio y agosto de 1850 y febrero y marzo de 1851. En una segunda memoria de 1850, Duchenne expone un método de "galvanización" que emplea corrientes continuas, destinado a estudiar las funciones musculares y proporcionar un medio de efectuar "un diagnóstico diferencial de las parálisis": *Application de la galvanisation localisée à l'étude des fonctions musculaires*, París, J.-B. Baillière, 1851. Todos sus trabajos están reunidos en una obra: *De l'électrisation localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique*, París, J.-B. Baillière, 1855. Cf. también *supra*, clase del 30 de enero de 1974, nota 61, y R. A. Adams, "A. Duchenne", en Webb Haymaker y Francis Schiller (comps.), *The Founders of Neurology*, Springfield, Ill., C. C. Thomas, 1970, t. II, pp. 430-435.

[9] *Pierre Paul Broca (1824-1880), cirujano en el hospicio de Bicêtre, presentó el 18 de abril* de 1861 una nota ante la Société d'Anthropologie de París: "Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole)", acerca de un paciente, Leborgne, con 21 años de internación en Bicêtre, que había perdido poco tiempo

de la marcha, sobre todo la de los tabéticos, emprendido por Duchenne de Boulogne.[10]

Para tomar este segundo ejemplo: la marcha de los tabéticos, Duchenne la describe precisamente en términos de estímulo-respuesta o, mejor, de comportamiento y su encadenamiento con los diferentes episodios que constituyen la acción de caminar. El problema de Duchenne consistía en distinguir lo que podía ser el trastorno de equilibrio constatado en los tabéticos, en cierto estadio y con cierta forma de parálisis general, y el vértigo susceptible de encontrarse en la intoxicación etílica e, incluso, en algunos trastornos del cerebelo. En un artículo fundamental de 1864, Duchenne logró hacer la descripción diferencial de la marcha tabética y la oscilación del vértigo.[11] En el caso de este último, las oscilaciones del sujeto son amplias y el propio individuo se abandona a ellas, mientras que, cuando se trata de una persona afectada de tabes, las oscilaciones son "cortas", "son bruscas" y el sujeto tiene, dice Duchenne de Boulogne, la actitud de un funámbulo que, carente de su balancín,

---

atrás el uso de la palabra y ya sólo podía pronunciar la sílaba "tan" repetida dos veces. Trasladado el 11 de abril de 1861 al servicio de Broca, donde murió el 17 de abril, su autopsia reveló un foco de reblandecimiento del pie de la tercera circunvolución frontal izquierda, al que Broca atribuyó la pérdida del lenguaje articulado. Cf. *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris*, 1ª serie, t. II, agosto de 1861, pp. 330-357; reeditado en Henri Hécaen y Jean Dubois, *La Naissance de la neuropsychologie du langage (1825-1865)*, París, Flammarion, 1969, col. "Nouvelle Bibliothèque Scientifique", pp. 61-91 [trad. esp.: *El nacimiento de la neuropsicología del lenguaje, 1825-1865*, México, Fondo de Cultura Económica, 1983]. Entre 1861 y 1865, otras observaciones confirman a Broca el papel de la tercera circunvolución izquierda: cf. "Localisation des fonctions cérébrales. Siège du langage articulé", en *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris*, 1ª serie, t. IV, 1863, pp. 200-204, y "Sur le siège de la faculté du langage articulé", en *Bulletin de la Société d'Anthropologie de Paris*, 1ª serie, t. VI, 1865, pp. 377-393, reeditados en Henri Hécaen y Jean Dubois, *La Naissance de la neuropsychologie...*, *op. cit.*, pp. 108-123.

[10] Debemos a G. B. A. Duchenne de Boulogne la descripción de la "ataxia locomotriz progresiva" o *tabes dorsalis*, de origen sifilítico, caracterizada por una falta de coordinación motriz acompañada habitualmente de una supresión de los reflejos y de la sensibilidad profunda: cf. "De l'ataxie locomotrice...", *op. cit.* (supra, clase del 30 de enero de 1974, nota 61), reeditado en *De l'ataxie locomotrice progressive*, París, Impr. Rignoux, 1859.

[11] Guillaume Benjamin Amand Duchenne, *Diagnostic différentiel des affections cérébelleuses et de l'ataxie locomotrice progressive* (extraído de *La Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1864), París, Impr. Martinet, 1864.

da con cautela un paso tras otro e intenta recuperar el equilibrio.[12] En el vértigo no hay contracción muscular sino, al contrario, decaimiento general de *la musculatura y el tono, en tanto [...]** *el tabético siempre está conteniéndo*se, y si se observa lo que le pasa en las pantorrillas y las piernas, se advierte, aun antes de que pierda el equilibrio e incluso de que tenga conciencia de perderlo, una serie de pequeñas contracciones breves que atraviesan, fulguran a lo largo de la musculatura de sus piernas y después, poco a poco, se hacen más intensas, hasta adquirir un carácter voluntario cuando el sujeto se da cuenta de que está perdiendo el equilibrio.[13] Algo completamente distinto, por lo tanto, del hundimiento del vértigo. En éste, el sujeto zigzaguea, vale *decir que es incapaz de mantener una línea recta para ir de un punto a otro*, mientras que el tabético camina perfectamente derecho y sólo su cuerpo vacila alrededor de esa línea recta.[14] Por último, en la ebriedad: sensación interna de vértigo, en tanto el tabético tiene la impresión de que la falta de equilibrio no le afecta todo el cuerpo, no está atrapado en una suerte de gran desequilibrio general y sólo sus piernas lo sufren; lo padece en un plano local, por decirlo de algún modo.[15] Tales son los principales temas del análisis de la marcha tabética efectuado por Duchenne de Boulogne.

[12] *Ibid.*, p. 5: "Cuando el hombre empieza a sentir los efectos de la embriaguez alcohólica, su cuerpo, durante la postura de pie, oscila en todos los sentidos [...] En los sujetos afectados de ataxia locomotriz, las oscilaciones del cuerpo, mientras están de pie, tienen un carácter muy distinto: son bruscas, en tanto las correspondientes a la ebriedad se asemejan a una suerte de balanceo; son más cortas y rápidas. Ya he comparado al atáxico de pie con un volatinero que quisiera sostenerse sin balancín sobre una cuerda tensa". Cf. Guillaume Benjamin Amand Duchenne, *De l'ataxie locomotrice..., op. cit.*, p. 78: "El enfermo es comparable, hasta cierto punto, a un individuo que se mantuviera con dificultad en equilibrio sobre una cuerda tensa, sin balancín".

* Grabación, repetición de: al contrario.

[13] Guillaume Benjamin Amand Duchenne, *Diagnostic différentiel des affections..., op. cit.*, pp. 5-6.

[14] *Ibid.*, p. 6: "El hombre ebrio [...] camina describiendo curvas alternativamente hacia la derecha y hacia la izquierda o en zigzag, y no puede caminar derecho [...] El atáxico [...] suele caminar derecho y de manera vacilante, pero sin describir curvas ni zigzags como el ebrio".

[15] *Ibid.*, p. 7: "Yo les preguntaba si, al estar de pie o caminar [...], no sentían la cabeza pesada o como si les diera vueltas, tal cual sucede cuando uno ha bebido vino o licores en exceso. Respondían que sentían la cabeza completamente libre y que *sólo les faltaba equilibrio en las piernas*" (las bastardillas son del autor).

Ahora bien, podrán advertir que en un análisis semejante –y podríamos decir otro tanto de los análisis de la afasia hechos por Broca, más o menos en la misma época, entre 1859 y 1865–, al buscar un sistema de signos para obtener, no efectos que señalen la presencia de lesiones en un punto determinado, sino respuestas que muestren disfuncionamientos, ¿qué se consigue? Se consigue, desde luego, la posibilidad de distinguir, analizar lo que los neurólogos llamaban y aún llaman sinergias, es decir las diferentes correlaciones existentes entre tal o cual músculo: ¿cuáles son los distintos músculos que deben ponerse en acción para obtener tal y tal respuesta? Cuando uno de ellos queda fuera de juego, ¿qué sucede? Estudio, entonces, de las sinergias.

En segundo lugar, la posibilidad de exponer los fenómenos analizados de acuerdo con un eje: de acuerdo con un eje –y aquí está, creo, lo importante– que es el de lo voluntario y lo automático. Esto es, a partir de ese análisis de los comportamientos, de las respuestas a las diferentes estimulaciones, se puede ver cuál es la diferencia funcional, la diferencia de puesta en acción neurológica y muscular entre un comportamiento que es simplemente reflejo [y] un comportamiento automático, [y], por último, un comportamiento voluntario que puede ser espontáneo o bien efectuarse en virtud de una orden procedente del exterior. En la movilización corporal, toda esta jerarquía de lo voluntario y lo involuntario, de lo automático y lo espontáneo, de lo que se requiere con una orden o de lo que se encadena espontáneamente en un comportamiento, va a permitir –y éste es el aspecto esencial– el análisis en términos clínicos, en términos de asignación corporal, de la actitud intencional del individuo.

Posibilidad, por consiguiente, de cierta captura de la actitud del sujeto, de su conciencia, de su voluntad en el interior mismo de su cuerpo. La *voluntad investida en el cuerpo, sus efectos o sus grados legibles en la organización* misma de las respuestas a los estímulos: esto es lo que mostró la neuropatología. Todos conocen los análisis iniciados por Broca sobre los diferentes niveles de rendimiento de los afásicos, según se trate de simples borborigmos, juramentos pronunciados de manera automática, frases que se desencadenan espontáneamente en una situación determinada o frases que deben repetirse en cierto orden y ante cierta conminación.[16] Todo esto, toda esa di-

[16] Alusión a los análisis efectuados por P. Broca en su artículo de 1861, "Remarques sur le siège...", *op. cit.*, donde propone el término "afemia" (cf. *supra*, nota 9) para designar la pér-

ferencia clínica de rendimientos entre distintos niveles de comportamiento, *permite el análisis clínico del individuo en el plano mismo de su intención*, en el nivel mismo de esa famosa voluntad sobre la cual intenté mostrarles que había sido, en el poder psiquiátrico, el gran correlato de la disciplina. En el poder psiquiátrico, la voluntad era en efecto aquello a lo cual debía aplicarse el poder disciplinario; era la contracara del poder disciplinario, pero, después de todo, sólo podía accederse a ella por el sistema de la recompensa y el castigo. Y resulta que ahora la neuropatología propone el instrumento clínico que, según se cree, va a permitir captar al individuo en el nivel mismo de esa voluntad.

Tomemos las cosas desde otro lado y con un poco más de precisión. Podría decirse lo siguiente: con el examen neurológico, el médico va a perder parte de su poder en comparación con la anatomopatología clásica. En ésta, tal como la constituyeron Laënnec, Bichat y otros, sólo se pedían al individuo muy pocas cosas, en definitiva: que se extendiera, que doblara la pierna, que tosiera, que respirara profundamente, etc. Había entonces un mínimo de conminaciones del médico, un mínimo de dependencia de éste con respecto a la voluntad del enfermo. En el caso de la neuropatología, por el contrario, el médico se verá obligado a pasar por la voluntad o, en todo caso, por la cooperación, la comprensión de su paciente; no va a limitarse a decirle: "¡Tiéndase! ¡Tosa!"; estará forzado a decirle: "¡Camine! ¡Extienda la pierna! ¡Extienda la mano! ¡Hable! ¡Lea esta frase! ¡Trate de escribir esta otra!", etc. En síntesis, hay ahora una técnica del examen que descansa sobre la consigna y la conminación. Por consiguiente, como éstas pasan necesariamente por la voluntad del enfermo, esa voluntad va a situarse en el centro mismo de la situación y, en esa medida, la autoridad del médico se encontrará, de algún modo, en el corazón de este dispositivo neurológico. El médico va a dar órdenes, va a procurar imponer su voluntad, y el enfermo, después de todo, siempre puede no querer fingiendo no poder. Pero lo que les señalaba hace un momento, la posibilidad clínica de identificar los comportamientos voluntarios e involuntarios, automáticos y espontáneos, etc., la po-

dida de "la facultad de articular las palabras" (en Henri Hécaen y Jean Dubois, *La Naissance de la neuropsychologie...*, *op. cit.*, p. 63).

sibilidad de desciframiento clínico de los niveles de voluntad del comportamiento va a permitir ver –y aquí el médico recuperará el poder perdido al dar consignas– si el enfermo responde como se le dice que responda, cuál es la calidad, la naturaleza de sus respuestas, hasta qué punto éstas están amañadas o no por la voluntad interviniente. Desde Broca, por ejemplo, los neurólogos saben distinguir perfectamente un mutismo voluntario de una afasia del tipo de la anartria: en el caso de la anartria, la imposibilidad de hablar siempre está acompañada de toda una serie de ruidos de fondo, de automatismos concomitantes al intento de hablar; siempre la acompañan, también, trastornos motores que son correlativos, así como déficit de expresión en la mímica, la expresión escrita, etc.[17] La persona que se niega a hablar, y por lo demás un histérico que no habla, es alguien que, aunque no habla, tiene mímicas, puede escribir, comprende y no tiene todo ese acompañamiento de trastornos anexos característicos de la anartria.

Como ven, es posible entonces captar en el nivel del comportamiento real del individuo o, mejor, el nivel de la observación clínica de su comportamiento, la naturaleza de su voluntad. Y, por consiguiente, si bien es verdad que el juego de la consigna, característico del examen neurológico, hace depender hasta cierto punto la posibilidad de ese examen de la voluntad del enfermo, la observación clínica con que se cuenta ahora, el desciframiento clínico, permite en cambio soslayar y eludir de tal modo al enfermo.

Digamos ahora, para resumir todo esto en dos palabras, que se introduce un nuevo dispositivo médico clínico, diferente en su naturaleza, sus instrumentos y sus efectos, del dispositivo clínico que podemos llamar de Bichat-Laënnec, y diferente también del dispositivo psiquiátrico. En la medicina orgánica teníamos un mínimo de conminaciones planteadas al enfermo: "¡Acuéstese! ¡Tosa!", etc., y el resto estaba dado, quedaba íntegramente librado al examen del médico, efectuado por el juego de los estímulos y los efectos. En la psiquiatría, traté de mostrarles que el elemento esencial de la captura era el interrogatorio, sustitu-

[17] La anartria es una afasia motriz ligada a una afección del área de Broca, situada en la cara externa del hemisferio cerebral dominante, en la parte inferior de la tercera circunvolución frontal. Caracterizada por trastornos de la articulación de la palabra, sin lesión de los órganos fonatorios, es descripta por Pierre Marie (1853-1940) en "De l'aphasie (cécité verbale, surdité verbale, aphasie motrice, agraphie)", en *Revue de Médecine*, vol. III, 1883, pp. 693-702.

to de las técnicas de examen que encontramos en la medicina orgánica. Interrogatorio que depende, claro, de la voluntad del sujeto, y en el cual las respuestas no constituyen para el psiquiatra una prueba de verdad o la posibilidad de un desciframiento diferencial de la enfermedad, sino simplemente una prueba de realidad; el interrogatorio se limita a responder a la pregunta: "*¿está loco?*"

Pues bien, la neurología no es ni un examen en el sentido anatomopatológico ni un interrogatorio; es un nuevo dispositivo que reemplaza el interrogatorio por conminaciones y procura obtener por medio de ellas unas respuestas, pero unas respuestas que no son, como en aquél, las respuestas verbales del sujeto, sino las respuestas del cuerpo del sujeto; respuestas descifrables clínicamente en el plano del cuerpo y, por lo tanto, susceptibles de someterse, sin temor a ser engañado por el sujeto que responde, a un examen diferencial. *Ahora sabemos diferenciar entre alguien que no quiere hablar* y un afásico: se puede establecer ahora un diagnóstico diferencial dentro de esos comportamientos con los cuales antes no se sabía qué hacer y a los que se interrogaba en términos de diagnóstico absoluto. La prueba de realidad ya no es necesaria: la clínica neurológica va a brindar, al menos en cierto ámbito, la posibilidad de movilizar un diagnóstico diferencial, como la medicina orgánica, pero a partir de un dispositivo muy distinto. A grandes rasgos, el neurólogo dice: obedece mis órdenes pero cállate y tu cuerpo responderá por ti, dando respuestas que yo solo, porque soy médico, podré descifrar y analizar en términos de verdad.

"Obedece mis órdenes, cállate y tu cuerpo responderá." Como se darán cuenta, justamente allí se precipitará con toda naturalidad la crisis histérica. La histeria va a entrar en ese dispositivo; no digo que va a aparecer: a mi juicio, es vano plantear este problema en términos de existencia histórica de la histeria. Me refiero a que su surgimiento en el campo médico, la oportunidad de hacer de ella una enfermedad, su manipulación médica, sólo son posibles desde el momento en que se introduce ese nuevo dispositivo clínico cuyo origen no es psiquiátrico sino neurológico, y se tiende esa nueva trampa.

"Obedece, cállate, tu cuerpo hablará". ¡Pues bien, usted quiere que mi *cuerpo hable! Mi* cuerpo hablará, *y le prometo* que en las respuestas que dé habrá mucho más verdad de lo que usted puede imaginar. No es que mi cuerpo, por cierto, sepa más que usted, pero en sus conminaciones hay algo

que usted no formula y, sin embargo, yo entiendo con claridad, una exhortación silenciosa a la que mi cuerpo responderá.* Y es esto, el efecto de sus conminaciones silenciosas, lo que usted llamará "histeria en su naturaleza". Tal es, en términos generales, el discurso de la histérica que cae en la trampa que acabo de describirles.

Bien. Establecida la trampa, ese nuevo dispositivo de captura, ¿cómo van a suceder las cosas?

En líneas generales, creo que hasta aquí podíamos decir que, en la medicina, hasta la existencia de la neurología y del dispositivo clínico característico de ésta, había dos grandes dominios de enfermedad: las enfermedades mentales y las otras, las verdaderas enfermedades. No me parece suficiente decir que las enfermedades mentales y todas las demás se oponían unas a otras como enfermedades del espíritu, por una parte, y enfermedades del cuerpo, por otra. No sería exacto, ante todo porque para muchos psiquiatras, desde 1820 hasta 1870-1880, las enfermedades del espíritu son enfermedades del cuerpo cuyo carácter consiste simplemente en mostrar síntomas o síndromes psíquicos. Además, en esa época se admitía con igual comodidad que las llamadas enfermedades convulsivas –no se hacía una diferencia médica y clínicamente eficaz entre la epilepsia y las otras–[18] eran enfermedades del espíritu. Así pues, a mi entender la oposición cuerpo/espíritu, enfer-

* El manuscrito agrega: "Escucharé lo que no dices y obedeceré, proporcionándote síntomas cuya verdad te verás obligado a reconocer, pues responderán, sin que lo sepas, a tus conminaciones no dichas".

[18] Lo testimonia el uso del término "histeroepilepsia" para designar una forma híbrida (compuesta de histeria y epilepsia), marcada por crisis convulsivas, tal como lo señala Jean-Baptiste Lodoïs Briffaut: "Nos es dado ver a la histérica convertirse en epiléptica y seguir siendo una y otra cosa, lo cual constituye la histeroepilepsia, o bien constatar el dominio creciente de la epilepsia que, en cierto modo, aniquila la histeria primitiva" (*Rapports de l'hystérie et de l'épilepsie*, Th. Méd. París, núm. 146; París, s. n., 1851, p. 24). Cf. Étienne Jean Georget –para quien la histeria es un desorden nervioso convulsivo, que forma un continuum con la epilepsia–, art. "Hystérie", en *Dictionnaire de médecine*, París, Béchet Jeune, 1824, t. XI, pp. 526-551. Sobre esta confusión entre la epilepsia y los otros "trastornos convulsivos", véase Owsei Temkin, *The Falling Sickness: A Story of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology* (1945), 2ª ed. revisada, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1971, pp. 351-359.

medades orgánicas/enfermedades psíquicas no es la verdadera distinción que dividió a la medicina entre 1820 y 1880, cualesquiera que hayan sido las discusiones teóricas, e incluso a causa de las discusiones teóricas sobre el fondo orgánico de las enfermedades.[19] En realidad, creo que la única, la verdadera diferencia, era la que les mencioné la vez pasada. Es decir que teníamos una serie de enfermedades que podían juzgarse en términos de diagnóstico diferencial –y eran las buenas y sólidas enfermedades de las que se ocupaban

[19] Michel Foucault toma dos fechas de referencia:

a) 1820, año en que se inicia el debate sobre las causas de la locura en oportunidad de la defensa de la tesis de Étienne Georget, el 8 de febrero: "Dissertation sur les causes de la folie", *op. cit.* (*cf. supra*, *clase del 12 de diciembre de 1973, nota 18). Publicados a partir de enero de* 1843 por Jules Baillarger, Laurent Cerise y François Longet, los *Annales Médico-Psychologiques. Journal de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux*, destinados en particular a reunir todos los documentos relativos a la ciencia de las relaciones de lo físico y lo moral, así como a la patología mental, la medicina legal de los alienados y la clínica de los neuróticos (París, Fortin et Masson), conocen un debate casi permanente sobre las causas orgánicas y morales de la locura, con un momento fuerte en la década de 1840, cuando se enfrentan los partidarios del organicismo –entre ellos, Léon Rostan, autor de una *Exposition des principes de l'organicisme, précédée de réflexions sur l'incrédulité en matière de médecine*, París, Asselin, 1846; Achille [de] Foville, autor con Jean-Baptiste Delaye de una memoria para el Premio Esquirol de 1821: "Sur les causes de la folie et leur mode d'action, suivies de recherches sur la nature et le siège spécial de cette maladie", en *Nouveau Journal de Médecine*, t. XII, octubre de 1821, pp. 110 y ss., así como Guillaume Ferrus, Louis Calmeil y Joseph Jacques Moreau de Tours, que el 9 de junio de 1830 defiende una tesis titulada *De l'influence du physique, relativement au désordre des facultés intellectuelles, et en particulier dans cette variété de délire désignée par M. Esquirol sous le nom de monomanie*, Th. Méd. París, núm. 127, París, Didot Jeune, 1830, autores que adoptan como bandera los términos "organicismo" y "organicista"– y los representantes de la escuela psicológica, que prefieren calificarse de "dualistas": Pierre-Nicolas Gerdy, Frédéric Dubois d'Amiens (1799-1873), Claude Michéa y Louis François Émile Renaudin (1808-1865). Y también Jean-Baptiste Parchappe de Vinay, autor de un artículo titulado precisamente "De la prédominance des causes morales dans la génération de la folie", en *Annales Médico-Psychologiques*, t. II, noviembre de 1843, pp. 358-371, y Louis Francisque Lélut, que critica el empleo de la anatomía patológica en medicina mental en sus *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie*, París, Trinquart, 1836.

b) 1880, momento en el cual cobra expansión una tercera oleada organicista, con los trabajos de Magnan y Charcot, quienes, convencidos de haber dominado la fisiopatología del cerebro, creen llegada la hora de sacar conclusiones definitivas.

los verdaderos médicos serios– y otras afecciones a las que ese diagnóstico no podía corresponder y sólo eran susceptibles de reconocerse mediante una prueba de realidad: las llamadas enfermedades mentales, a las que únicamente podía responderse en términos binarios, "está efectivamente loco" o "no está loco".

Creo que ésa es la verdadera división de la práctica y el saber médicos en los dos primeros tercios del siglo XIX: entre enfermedades que se integraban a un diagnóstico diferencial y enfermedades que sólo suponían un diagnóstico absoluto. Y entre estas dos categorías había desde luego cierta cantidad de intermediarios, dos de los cuales son a mi juicio esencialmente importantes. Estaba el buen intermediario, la buena enfermedad: era, claro, la parálisis general. Se trataba de una enfermedad epistemológicamente buena y, por lo tanto, era buena desde el punto de vista moral, en cuanto implicaba síndromes psicológicos –delirio, según Bayle,[20] y demencia, según Baillarger–[21] y síndromes motores: temblores de la lengua, parálisis progresiva de los músculos, etc. Tenemos los dos tipos de síndromes, y uno y otro remiten, en términos de anatomopatología, a una lesión encefálica. Buena enfermedad, por consiguiente, que actúa de intermediario exacto de esas enfermedades de prueba que eran, si se quiere, las llamadas enfermedades mentales y de las enfermedades de asignación diferencial y referencia anatomopatológica.[22] Enfermedad perfec-

[20] Sobre la concepción de Antoine L. J. Bayle, cf. *supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 17, y clase del 9 de enero de 1974, nota 2.

[21] En contraste con Bayle, que admitía "tres órdenes de síntomas esenciales correspondientes a la locura, la demencia y la parálisis", Jules Baillarger sostenía que "los síntomas esenciales de esta enfermedad, aquellos sin los cuales ésta jamás existe, son de dos órdenes: unos, constituidos por los fenómenos de parálisis, y otros, por los fenómenos de demencia", y el delirio, cuando lo hay, sólo es "un síntoma por completo accesorio". Cf. Jules Baillarger, "Des symptômes de la paralysie générale…", *op. cit.* (*supra*, clase del 30 de enero de 1974, nota 3), pp. 614 y 612 respectivamente.

[22] "Buena enfermedad" o, como decía M. Foucault en *Histoire de la folie…*, *op. cit.* (1972), p. 542, "'buena forma'. La gran estructura que gobierna toda la percepción de la locura está representada con exactitud en el análisis de los síntomas psiquiátricos de la sífilis nerviosa". Ya en 1955, Henri Ey veía en ella un "prototipo" que había ejercido "un poder de atracción invencible sobre los psiquiatras"; cf. "Histoire de la psychiatrie", en *Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie*, *op. cit.*, t. I, p. 7. Esto obedece a que, en el momento mismo de

tamente buena, y tanto más "buena", tanto más plena y tanto mayor respaldo de todo esto cuanto que aún no se sabía que la parálisis general era de origen sifilítico.[23] Por ende, se disfrutaba de todos los beneficios epistemológicos y no se padecía ninguno de los inconvenientes morales.

En contraste, siempre como intermediaria de las enfermedades de diagnóstico diferencial y las enfermedades de diagnóstico absoluto, existía toda otra región, ésta mala y cenagosa, que en la época se denominaba "las neurosis".[24] ¿Qué significaba la palabra "neurosis" hacia la década de 1840? El tér-

constitución de la anatomoclínica, Antoine L. J. Bayle discierne en psiquiatría una entidad que responde al modelo médico (cf. *supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 17): esa entidad tiene una causa definible desde la perspectiva anatomopatológica, presenta una sintomatología específica y exhibe una evolución definida por tres períodos que culminan en la impotencia motriz y la demencia. Sobre el historial del problema, cf. Jules Baillarger, "De la découverte de la paralysie générale et des doctrines émises par les premiers auteurs", en *Annales Médico-Psychologiques*, 3ª serie, t. V, octubre de 1859, primera parte, pp. 509-526, y 3ª serie, t. VI, enero de 1860, segunda parte, pp. 1-14.

[23] Cf. *supra*, clase del 30 de enero de 1974, nota 1.

[24] En la década de 1840, la definición fundamental de las neurosis se había modificado poco desde la introducción del término por parte del médico escocés William Cullen en *Apparatus ad nosologiam methodicam, seu Synopsis nosologiae methodicae...*, *op. cit.*, antes de imponerse con la aparición de *First Lines of the Practice of Physic*, 4 vols., Edimburgo, Elliot, 1777 [trad. esp.: *Elementos de medicina práctica*, 4 vols., Madrid, Imprenta de Don Benito Cano, 1788-1791]: "Propongo comprender bajo el título de neurosis o enfermedades nerviosas todas las afecciones contra natura del sentimiento y el movimiento, en las cuales la pirexia [fiebre; J. L.] no constituye una parte de la enfermedad primitiva, así como las que no dependen de una afección tópica de los órganos sino de una afección más general del sistema nervioso y de las facultades de éste de las que dependen más especialmente el sentimiento y el movimiento". Cf. William Cullen, *Éléments de médecine pratique*, trad. de la 4ª ed., con notas, de M. Bosquillon, París, Barois et Méquignon, 1785, t. II, p. 185. Así, en 1843, en la rúbrica "Névrose", la introducción a los *Annales Médico-Psychologiques*, t. I, enero de 1843, pp. XXIII-XXIV, afirma: "Neurosis. Como en las diversas formas de la alienación mental, en ellas se ve predominar el trastorno de las funciones de la vida de relación. Este trastorno se manifiesta de mil maneras en la hipocondría, la histeria, la catalepsia, la epilepsia, el sonambulismo, las neuralgias, el histericismo, etcétera. [...] En cierto modo intermediarias de los trastornos de la vida de nutrición y las enfermedades mentales, parecen participar de ambas naturalezas. Aquí, los accesos son presididos por un trastorno funcional de la vida orgánica; allá, un trastorno intelectual domina los paroxismos". Cf.: Achille [de] Foville, art. "Névroses",

mino englobaba enfermedades que tenían componentes motores o sensitivos, como solía decirse: "trastornos de las funciones de relación", pero sin lesión anatomopatológica que permitiera determinar la etiología. Entonces, desde luego, esas enfermedades con "trastornos de las funciones de relación", sin correlaciones anatómicas atribuibles, incluían las convulsiones, la epilepsia, la histeria, la hipocondría, etcétera.

Ahora bien, esas afecciones eran malas por dos razones. Lo eran desde un punto de vista epistemológico porque había en ellas una especie de confusión, de irregularidad sintomática. En el dominio de las convulsiones, por ejemplo, no se podía distinguir entre los diferentes tipos porque el dispositivo neuropatológico no permitía, justamente, el análisis preciso de los comportamientos. Frente a una convulsión se decía: "es una convulsión"; no existía la capacidad de realizar esos desciframientos corporales tenues de los que les hablé hace un rato y, por consiguiente, se estaba ante una "región" de confusión e irregularidad. En el primer número de los *Annales Médico-Psychologiques*, aparecido en 1843, los redactores decían: es menester ocuparse de la locura; también habría que ocuparse de las neurosis, pero qué difícil es: "como esos trastornos son fugitivos, diversos, proteiformes, excepcionales, difíciles de analizar y comprender, se los proscribe de la observación, se los aleja de ella así como se desechan de la memoria los recuerdos inoportunos".[25]

Epistemológicamente malos, esos trastornos también lo eran desde un punto de vista moral por la extrema facilidad con que se podían simular y el hecho de que, además de esta posibilidad, el comportamiento tenía un constante componente sexual. Así, en un artículo aún reeditado en sus *Études cli-*

---

en Gabriel Andral *et al.*, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, París, Gabon, 1834, t. XII, pp. 55-57; Édouard Monneret y Louis-Fleury, art. "Névroses", en Louis de la Berge *et al.*, *Compendium de médecine pratique*, París, Béchet Jeune, 1845, t. VI, p. 209; Émile Littré y Charles Robin, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*, París, J.-B. Baillière, 1855, s.v. "Neurosis: nombre genérico de las enfermedades que presuntamente tienen su sede en el sistema nervioso y consisten en un trastorno funcional sin lesión sensible en la estructura de las partes, ni agente material apto para producirla"; Jean-Marie Bruttin, *Différentes théories sur l'hystérie dans la première moitié du XIXᵉ siècle*, Zúrich, Juris, 1969.

[25] Introducción a los *Annales Médico-Psychologiques*, t. I, enero de 1843, p. XXV.

niques de 1890, Jules Falret decía: "La vida de las histéricas no es sino una perpetua mentira; afectan aires de piedad y devoción y logran hacerse pasar por santas, mientras en secreto se abandonan a los actos más vergonzosos y en la privacidad de sus casas someten a sus maridos e hijos a las escenas más violentas, en las cuales profieren palabras groseras y a veces obscenas".[26]

El surgimiento del cuerpo neurológico o, mejor, de ese *sistema constituido* por el aparato de captura clínica de la neurología y el cuerpo neurológico que es su correlato, permitirá precisamente borrar la descalificación, esa doble descalificación epistemológica y moral de que las neurosis eran objeto hasta la década de 1870. Y se la borrará en la medida en que por fin sea posible situar las llamadas enfermedades "neuróticas", es decir, las enfermedades con componentes sensitivos y motores, no exactamente en el dominio de las enfermedades neurológicas propiamente dichas sino a un costado, no tanto por sus causas como, en esencia, debido a sus formas. Ahora, en consecuencia, gracias al dispositivo clínico de la neurología, se va a poder pasar la cuchilla del diagnóstico diferencial entre las enfermedades neurológicas como, por ejemplo, los trastornos debidos a un tumor cerebeloso, y las convulsiones y los temblores histéricos. Ese famoso diagnóstico diferencial, que jamás se había podido aplicar a la locura, que no lograba afectar realmente las enfermedades mentales, ese diagnóstico diferencial que no se podía introducir entre una enfermedad corriente y la locura, porque ésta correspondía ante todo y en esencia a un diagnóstico absoluto, pues bien, ahora, merced al aparato que he intentado describirles, podrá introducirse entre los trastornos neurológicos con lesiones anatómicas atribuibles y esos otros trastornos llamados "neurosis". De ese modo, lo que era moral y epistemológicamente la

[26] Jules Falret, "La folie raisonnante ou folie morale" (leído en la Société Médico-Psychologique el 8 de enero de 1866), *Annales Médico-Psychologiques*, 4ª serie, t. VII, mayo de 1866, p. 406: "Otro hecho importante, esencialmente característico de las histéricas, es el espíritu de duplicidad y mentira. Estas enfermas [...] no encuentran mayor placer que el de engañar e inducir al error a las personas con quienes están en relación. Las histéricas, que exageran hasta sus movimientos convulsivos (a menudo simulados en parte), disfrazan y exageran igualmente todas las mociones de su alma [...] En una palabra, la vida de las histéricas no es sino una perpetua mentira"; reeditado en *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, París, J.-B. Baillière, 1889, estudio XII, p. 502.

última categoría en el dominio de la enfermedad mental: las neurosis, va a ser de improviso, gracias a ese nuevo instrumento del análisis neurológico, de la clínica neurológica, promovido a la posición más cercana a las enfermedades serias y verdaderas. Habrá entonces, en virtud de la utilización del diagnóstico diferencial, una consagración patológica de esa zona, antaño descalificada, que es la de la neurosis.

Y en un libro –nada bueno, por lo demás– que un neurólogo contemporáneo llamado Guillain dedicó a su predecesor Charcot, el autor dice, con una especie de júbilo radiante: "Charcot, de todos modos, arrancó la histeria a los psiquiatras", esto es, la incorporó efectivamente a ese dominio de la medicina que es la única medicina: la del diagnóstico diferencial.[27] En el fondo, creo que Freud pensaba lo mismo cuando comparaba a Charcot con Pinel y decía: Pinel liberó a los locos de sus cadenas, es decir que los hizo reconocer como enfermos. Pues bien, Charcot, por su parte, logró que también las histéricas fueran reconocidas como enfermas: las patologizó.[28]

* * *

[27] Es Jules Déjerine quien se expresa así en su "Leçon inaugurale à la clinique des maladies du système nerveux", el 31 de marzo de 1911 (*La Presse Médicale*, 1º de abril de 1911, pp. 253-258: "Mediante sus estudios sobre la histeria, Charcot supo sustraer a los psiquiatras un dominio que éstos intentarían reconquistar en vano. Es cierto, su doctrina sobre la histeria no sobrevivió por completo. Pero aunque Charcot tuviera el solo mérito de haber hecho entender a los médicos que, al margen de las lesiones materiales, los problemas planteados por ciertos trastornos psíquicos ofrecían a su actividad un campo considerable, ya sería acreedor a todo nuestro reconocimiento". Citado en Georges Guillain, *J.-M. Charcot (1825-1833): sa vie, son œuvre*, París, Masson, 1955, p. 143. Una ilustración de ello sería la transferencia a los neurólogos de la paternidad de los artículos sobre la histeria en las enciclopedias médicas y los diccionarios.

[28] Foucault hace referencia a la nota necrológica que Freud redacta en agosto de 1893 y publica en la *Wiener Medizinische Wochenschrift*, vol. 43, 37, 1893, pp. 1513-1520: "La sala en la cual daba sus clases estaba adornada por un cuadro que representaba al 'ciudadano' Pinel en el acto de hacer quitar sus cadenas a los pobres insensatos de la Salpêtrière". Cf. Sigmund Freud, "Charcot", en *GW*, t. I, 1952, p. 28 (trad. francesa: "Charcot", trad. de J. Altounian, A. y O. Bourguignon, G. Goran, J. Laplanche y A. Rauzy, en *Résultats, idées, problèmes I: 1890-1920*, París, Presses Universitaires de France, 1984, col. "Bibliothèque de psychanalyse", p. 68) [trad. esp.: "Charcot", en *OC*, t. 3, 1981].

Creo que si situamos de este modo la operación Charcot, podemos ver cómo se desarrollaron..., en fin, cómo se constituyeron las que llamaré "grandes maniobras de la histeria" en la Salpêtrière. No intentaré en absoluto analizarlo en términos de historia de las histéricas, y tampoco en términos de conocimientos psiquiátricos extraídos de ellas, sino en términos de batalla, de enfrentamiento, de envolvimiento recíproco, de disposición de trampas en espejo, de cerco y contracerco, de tentativa de apoderarse del control entre los médicos y las histéricas.* No me parece que haya habido exactamente una epidemia de histeria; creo que la histeria fue el conjunto de los fenómenos –fenómenos de lucha– que se desarrollaron en el asilo y también fuera de él, alrededor de ese nuevo dispositivo médico que era la clínica neurológica; y el torbellino de esa batalla convocó efectivamente en torno de los síntomas histéricos a la totalidad de las personas que se entregaron en concreto a ellos. Más que una epidemia hubo un torbellino, una suerte de revuelo histérico dentro del poder psiquiátrico y de su sistema disciplinario. Pues bien, ¿cómo se ventiló la cuestión? A mi entender, se puede distinguir una serie de maniobras en esa lucha entre el neurólogo y la histérica.

Primera maniobra: lo que podríamos denominar organización del escenario sintomatológico. Esquematicemos las cosas de la siguiente manera: para que la histeria pueda colocarse en el mismo plano que una enfermedad orgánica, para que sea una verdadera enfermedad dentro del marco de un diagnóstico diferencial –para que el médico sea un verdadero médico–, es menester que la histérica presente una sintomatología estable. Por consiguiente, la consagración del médico como neurólogo, a diferencia del psiquiatra, implica necesariamente como conminación hecha en sordina al enfermo algo que ya decía el psiquiatra: "Dame síntomas, pero dame síntomas estables, codificados, regulares", y esa regularidad, esa estabilidad de los síntomas debe tener dos formas. En primer lugar, constancia de síntomas que deben ser permanentemente legibles en el enfermo, cualquiera sea el momento en que se realice el examen neurológico: se acabaron esas enfermedades que aparecen y desaparecen, que sólo tienen por síntoma la fulguración de un gesto o el retorno de las crisis; queremos síntomas estables y, entonces,

* El manuscrito agrega: "también de transacciones, así como de pactos tácitos".

los encontraremos cada vez que los pidamos. De tal modo se definieron lo que Charcot y sus sucesores designaron como "estigmas" de la histeria. "Estigmas", es decir fenómenos que constatamos en todo histérico, aunque no esté en crisis:[29] retracción del campo visual,[30] hemianestesia simple o doble,[31] anestesia faríngea, contracción provocada por una ligadura circular en torno de una articulación.[32] Por lo demás, Charcot decía: todos esos estigmas caracterizan a la histeria; son constantes en ella pero, pese a su constancia, debo reconocer que muchas veces no hallamos todos y en ocasiones ni siquiera hallamos uno solo.[33] La exigencia epistemológica, sin embargo, estaba presente; la conminación estaba presente, y les haré notar que esos famosos estigmas eran evidentemente respuestas a consignas: consignas de moverse, de sentir un roce o un contacto en el cuerpo.

En segundo lugar, era preciso que las propias crisis fueran ordenadas y regulares y, por lo tanto, se desarrollaran según un argumento bien típico que fuera lo bastante semejante a una enfermedad existente, una enfermedad

[29] Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, t. I, clase XI, "De l'hypersthésie ovarienne", pp. 320-345: los "estigmas" designan "la mayoría de los accidentes que persisten de una manera más o menos permanente en el intervalo de los ataques convulsivos de las histéricas, y que permiten casi siempre, en razón de las características exhibidas por ellos, reconocer la gran neurosis [...], aun en ausencia de convulsiones". Así ocurre con "la hemianestesia, la parálisis, la contractura, los puntos dolorosos fijos con sede en diversas partes del cuerpo" (p. 320).

[30] Jean-Martin Charcot, "Des troubles de la vision chez les hystériques. Clinique médicale de l'hospice de la Salpêtrière", en *Progrès Médical*, VI, 3, 10 de enero de 1878, pp. 37-39, y *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, t. I, apéndice V, "Des troubles de la vision chez les hystériques", pp. 427-434.

[31] Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, t. I, clase X, "De l'hémianesthésie hystérique", pp. 300-319.

[32] *Ibid.*, clase XII, "De la contracture hystérique", pp. 347-366; *ibid.*, t. III, clase VII, "Deux cases de contracture hystérique d'origine traumatique", y clase VIII, continuación, edición de Lecrosnier & Babé, 1890, pp. 97-107 y 108-123.

[33] Así, en la policlínica del 21 de febrero de 1888, "L'hystérie chez les jeunes garçons", Charcot reconocía: "Es muy curioso que en las formas particularmente mentales los estigmas no aparezcan". Cf. Jean-Martin Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière...*, *op. cit.*, t. I, p. 208: "Todos esos estigmas [...] son constantes en ella [la histeria] pero, pese a su constancia, debo reconocer que muchas veces no hallamos todos y en ocasiones ni siquiera hallamos uno solo".

neurológica existente, para que se pudiese aplicar la línea del diagnóstico diferencial; pero, por otra parte, que tuviera diferencias a fin de que ese diagnóstico se produjera. De allí la codificación de la crisis de histeria de acuerdo con el modelo de la epilepsia.[34] Y de ese modo, esa suerte de gran dominio de lo que antes de Charcot se denominaba "histeroepilepsia", "convulsiones", quedó partido en dos.[35] Había dos enfermedades, una que implicaba los céle-

[34] Esbozada ya en 1872 en las *Leçons sur les maladies du système nerveux, op. cit.*, t. I, clase XIII, "De l'hystéro-épilepsie", pp. 373-374, y apéndice VI, "Description de la grande attaque hystérique", pp. 435-448, su codificación se presenta en 1878, cuando Charcot la reduce a "una fórmula muy simple": "Todos esos fenómenos en apariencia tan desordenados, tan variables [...], se desarrollan de acuerdo con una regla. El ataque completo se compone de cuatro períodos: 1) período epileptoide. Puede asemejarse y la mayoría de las veces se asemeja al verdadero ataque epiléptico [...] Es legítimo dividir este período epiléptico en tres fases: a) fase tónica [...]; b) fase clónica: los miembros y todo el cuerpo están animados por oscilaciones breves y rápidas [...] que terminan con grandes estremecimientos generalizados [...], y c) fase de resolución [...] 2) Período de las contorsiones y los grandes movimientos [...] 3) Período de las actitudes pasionales. La alucinación preside de manera notoria este tercer período. La propia enferma entra en escena y por la mímica expresiva y animada a la cual se entrega [...] es fácil seguir todas las peripecias del drama al que ella cree asistir y en el cual representa a menudo el papel protagónico [...] 4) Período terminal. La enferma vuelve por fin al mundo real". Cf. "Description de la grande attaque hystérique. Hospice de la Salpêtrière", reseña de P. Richer, en *Progrès Médical*, VII, 2, 11 de enero de 1879, pp. 17-18.

[35] Así como el término "histeroepilepsia" (cf. *supra*, nota 18) abarcaba, tal cual lo recuerda Charcot, "una combinación de las dos neurosis en dosis variables según los casos", y constituye "una forma mixta, una suerte de híbrido compuesto de histeria y de epilepsia por partes iguales" (*Leçons sur les maladies du système nerveux, op. cit.* [1877], t. I [o 5ª ed., París, V. Adrien Delahaye et Cie, 1884], p. 368), el propio Charcot pretende trazar una diferencia entre epilepsia e histeroepilepsia en cuanto entidades patológicas distintas que no pueden combinarse para formar una enfermedad "híbrida". Por eso distingue una "histeroepilepsia de crisis distintas", en la que la epilepsia es la enfermedad primitiva sobre la cual se implanta la histeria, y una "histeria de crisis mixtas", en la que la convulsión de forma epiléptica sólo aparece a título de "elemento accesorio": "en esos casos, se trataría únicamente y siempre de la histeria que reviste la apariencia de la epilepsia" (*ibid.*, clase XIII, "De l'hystéro-épilepsie", 11 de junio de 1872, pp. 368-369). En consecuencia, el término "histeroepilepsia" ya no designa más que el grado último de la histeria llevada a su desarrollo extremo, o *hysteria major*. Más adelante, Charcot repudiará la denominación misma: "Mi respeto por la tradición me hizo antaño mantener la denominación de histeroepilepsia; pero confieso que me incomoda mucho, porque es absurda. No hay la más mínima relación entre la epilepsia y la histeroepilepsia, ni siquiera la de crisis mix-

bres elementos de la crisis epiléptica, es decir fase tónica, fase clónica y período de embotamiento, y otra que debía tener una fase tónica y una fase clónica como en la epilepsia, con cierta cantidad de signos menores, diferencias de fases y una serie de elementos absolutamente propios de la histeria, que eran: la fase de los movimientos ilógicos, es decir los movimientos desordenados; segundo, la fase de las actitudes pasionales, esto es, movimientos expresivos, movimientos que querían decir algo; esta fase recibía también el nombre de "plástica", *en cuanto reproducía y expresaba determinadas emociones como* la lubricidad, el terror, etc., y tercero y último, la fase de delirio, que por otra parte también se constataba en la epilepsia. Con ello tenemos los dos grandes cuadros clásicos de la oposición histeria/epilepsia.[36]

Como ven, en esta maniobra hay un doble juego. Por un lado, el médico, al solicitar esos estigmas presuntamente constantes de la histeria, y al solicitar crisis regulares, borra con esa misma actitud su propio estigma, es decir, el hecho de que sólo es psiquiatra y está obligado a preguntar en todo momento y en cada una de sus operaciones de interrogatorio: "¿Estás loco? ¡Muéstrame tu locura! Actualiza tu locura". El médico, al demandar sus estigmas y la regularidad de sus crisis, pide a la histérica que le dé la oportunidad de hacer un acto estrictamente médico, esto es, un diagnóstico diferencial. Pero, al mismo tiempo –y en esto estriba el beneficio para la histérica, y por eso ésta va a responder positivamente a la demanda del psiquiatra–, la histérica escapará con ello a la extraterritorialidad médica o, más sencillamente, a la territorialidad asilar. Entonces, desde el momento en que haya proporcionado efectivamente sus síntomas, que por su constancia y su regularidad permiten al neurólogo hacer un diagnóstico diferencial, la histérica, de resultas, dejará de ser una loca dentro del asilo; va a adquirir un derecho de ciudadanía den-

tas". Cf. Jean-Martin Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*..., *op. cit.*, clase XVIII, 19 de marzo de 1889, pp. 424-425. Michel Foucault vuelve a la cuestión el 26 de febrero de 1975; cf. *Les Anormaux*..., *op. cit.*, p. 167. Véase también Charles Féré, "Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie", en *Archives de Neurologie*, vol. III, 1882, pp. 160-175 y 281-309.

[36] Sobre este cuadro diferencial, véase la clase resumida en el *Progrès Médical*, II, 2, 10 de enero de 1874, pp. 18-19, "Caractères différentiels entre l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie", así como *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, t. I, clase XIII, "De l'hystéro-épilepsie", pp. 374-385.

tro de un hospital digno de ese nombre, vale decir, un hospital que ya no tendrá derecho a no ser más que un asilo. El derecho a no estar loca sino a estar enferma es conquistado por la histérica gracias a la constancia y la regularidad de sus síntomas.

Ahora bien, ¿sobre qué se basa ese derecho adquirido por la histérica? Sobre la dependencia en la cual, finalmente, se encontrará el médico con respecto a ella. Pues si la histérica se negara a dar sus síntomas, el médico ya no podría ser neurólogo frente a ella; recaería en el estatus de psiquiatra y en la obligación de hacer un diagnóstico absoluto, así como de responder a la inconveniente pregunta: "¿Está o no loca?". Por consiguiente, el funcionamiento neurológico del médico depende de la histérica, que en verdad le suministra sus síntomas regulares; y en esa medida, se ofrece al médico no sólo lo que va a garantizar su propio estatus de neurólogo, sino lo que asegurará a la enferma la influencia que tiene sobre él, pues puede dominarlo al proporcionarle sus síntomas, porque así lo consagra como médico y ya no como psiquiatra.

Como comprenderán, en ese complemento de poder dado a la histérica *cuando se le piden síntomas regulares se precipitará* todo el placer de las histéricas; y se entiende por qué nunca vacilaron en mostrar tantos como se esperaban de ellas e incluso muchos más, pues, cuanto mayor era la cantidad que suministraban, más se afirmaba su sobrepoder con respecto al médico. Y tenemos pruebas de que los proporcionaron en cantidad, porque una de las enfermas de Charcot –es un ejemplo entre varios–, que permaneció 34 años en la Salpêtrière, exhibió regularmente durante 15 años el mismo estigma: una "hemianestesia izquierda completa".[37] En materia de duración, por lo tanto, había lo que se pretendía; y lo hubo también en materia de cantidad, pues otra enferma de Charcot tuvo en 13 días 4.506 crisis y, no contenta con ello, algunos meses después padeció otras 17.083 en 14 días.[38]

[37] Se trata de Aurel, de 62 años, quien desde 1851 presenta "una hemianestesia izquierda completa" que "aún encontramos en ella en la actualidad, ¡luego de un prolongado período de 34 años! Esta enferma está bajo nuestra observación desde hace 15 años y la hemianestesia de marras jamás dejó de estar presente"; Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux, op. cit.* (1890), t. III, clase XVIII, "À propos de six cas d'hystérie chez l'homme", recogida por G. Guinon, pp. 260-261.

[38] Se trata de Habill, quien, "en diciembre de 1885, tuvo dos series de accesos: la primera, que duró 13 días y en la cual se contaron 4.506 accesos, y la segunda, que se prolongó 14

La segunda maniobra es la que llamaré maniobra del "maniquí funcional",[39] desencadenada a partir de la primera, por cuanto, en esa proliferación sintomática que él ha convocado –pues su estatus y su poder dependen de ella–, el médico se ve confirmado y a la vez resulta perdedor. En efecto, esa multitud, esas 17.083 crisis en 14 días, son desde luego mucho más de lo que él puede controlar y de lo que su pequeño equipo de clínica neurológica es capaz de registrar. Es preciso, entonces, que el médico se dé la posibilidad, no de controlar esa plétora de la sintomatología histérica, claro está, sino, en todo caso –más o menos a la manera de un Duchenne de Boulogne, cuyo problema era "cómo limitar la estimulación eléctrica de tal modo que sólo actúe sobre un músculo"–, de hacer suyo un instrumento cuyas características le permitan desencadenar fenómenos típica y exclusivamente histéricos, pero sin asistir a ese desborde de miles de crisis en tan poco tiempo.

Provocarlos a tiempo, cuando uno quiera, y mostrar que todos esos fenómenos [son] patológicos, naturalmente patológicos; para responder a ese objetivo, para eludir en cierto modo la maniobra de exageración, de generosidad exagerada de las histéricas, para lograr soslayar esa abundancia, se introducen dos técnicas.

En primer lugar, la técnica de la hipnosis y la sugestión, esto es, poner al sujeto en una situación tal que, mediante una orden precisa, se pueda obtener de él un síntoma histérico perfectamente aislado: la parálisis de un músculo, una imposibilidad de hablar, un temblor, etc.; en resumen, poner al enfermo en una situación en la que tenga exactamente el síntoma que uno quiera y cuando uno quiera, y ninguna otra cosa. Y la hipnosis sirve justamente para

---

días con un total de 17.083 accesos"; Jean-Martin Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière...*, *op. cit.*, t. II, clase IV, policlínica del martes 13 de noviembre de 1888: ataque de sueño histérico, p. 68.

[39] Alusión a la reproducción artificial de las manifestaciones histéricas bajo hipnosis, con referencia a las cuales Charcot declara: "lo que tenemos ante nuestra mirada es en verdad el hombre máquina soñado por La Mettrie, en toda su simplicidad"; Jean-Martin Charcot, "Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, chez l'homme", en *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, t. III, p. 337. Cf. Julien Offray de La Mettrie (1709-1751), *L'Homme machine*, París, s. n., 1747; Leiden, Luzac, 1748 [trad. esp.: *El hombre máquina*, Madrid, Alhambra, 1987].

eso. No le sirvió a Charcot para multiplicar los fenómenos histéricos; por analogía, fue, como la electrización localizada de Duchenne, un modo de limitar los fenómenos de la histeria y poder desencadenarlos a voluntad.[40] Ahora bien, el hecho de desencadenar a voluntad, y por conducto de la hipnosis, un síntoma histérico y uno solo, ¿no significará acaso tropezar con una dificultad? Si yo lo provoqué, si dije a un enfermo hipnotizado: "no puedes caminar" y quedó paralizado, si le dije "no puedes hablar" y quedó afásico, ¿se trata en sustancia de una enfermedad? ¿No es simplemente el reverso en el cuerpo del enfermo de lo que se le ha impuesto? Por consiguiente, si bien la hipnosis es una buena técnica para aislar los fenómenos histéricos, es un instrumento peligroso porque puede no ser más que el efecto de una consigna impartida: el efecto y no la respuesta.

Por lo tanto, en el momento mismo de poner en práctica la hipnosis, y en cuanto lo hacían, los médicos estaban obligados a tener al margen de la técnica hipnótica un correlato que garantizara el carácter natural del fenómeno así provocado. Era preciso encontrar enfermos que, con prescindencia de toda cultura asilar, de todo poder médico y desde luego, en consecuencia, de toda hipnosis y toda sugestión, presentaran exactamente los mismos trastornos que podían observarse a pedido, y bajo hipnosis, en los pacientes hospitalizados. En otras palabras, era menester hallar una histeria natural, sin hospital, sin médico, sin hipnosis. De hecho, lo cierto era que Charcot tenía esos enfermos a su disposición: unos enfermos cuyo papel frente a la hipnosis era, de algún modo, naturalizar los efectos de la intervención hipnótica.

Los tenía, y esto exige una brevísima referencia a una historia muy distinta que, curiosamente, se conecta con la de la histeria y no carece de efectos históricos importantes sobre ella. En 1872, Charcot toma el servicio de his-

[40] Jean-Martin Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière...*, *op. cit.*, t. I, policlínica del martes 24 de enero de 1888, "Paralysies hystéro-traumatiques développées par suggestion", pp. 135-136: "Podríamos reproducir artificialmente esta parálisis [...] en ciertas circunstancias, algo sublime en su género e ideal en materia de fisiología patológica. La capacidad de reproducir un estado patológico es la perfección, porque cuando tenemos entre manos el medio de *reproducir los fenómenos mórbidos nos sentimos en posesión de la teoría*". Cf. *ibid.*, policlínica del martes 1° de mayo de 1888, "Production artificielle de paralysie dans l'état hypnotique: procédés de guérison de ces paralysies expérimentales" (en una histeroepiléptica hipnotizable), pp. 373-385.

teria y epilepsia[41] y en 1878 comienza a trabajar con la hipnosis.[42] Estamos en la época de los accidentes laborales, ferroviarios, de los sistemas de seguros de salud y contra accidentes.[43] No es que los accidentes de trabajo daten de esa época, pero en este momento comienza a aparecer dentro de la práctica médica una categoría absolutamente nueva de enfermos –pero que, por des-

[41] En 1870, merced a la renovación del edificio Sainte-Laure donde estaban internadas alienadas, epilépticas e histéricas en el servicio de Louis Delasiauve (1804-1893), la administración traslada a las alienadas y las epilépticas con diagnóstico de alienación al servicio de Baillarger y abre otro servicio para las demás epilépticas y las histéricas: el "pabellón de las epilépticas simples", puesto en manos de Charcot en 1872. Cf. la "Leçon d'ouverture" de la cátedra de clínica de las enfermedades del sistema nervioso en Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux, op. cit.*, t. III, pp. 2-3.

[42] Jean-Martin Charcot, "Métallothérapie et hypnotisme. Électrothérapie", en *Œuvres complètes*, París, Lecrosnier & Babé, 1890, t. IX, p. 297: "Las investigaciones sobre el hipnotismo emprendidas en el hospicio de la Salpêtrière por el señor Charcot y, bajo su dirección, por varios de sus alumnos, datan de 1878". Charcot expone sus primeros resultados en las "Leçons sur le grand hypnotisme chez les hystériques". El 13 de febrero de 1882 presenta una comunicación a la Académie des Sciences, en la que propone una descripción en términos neurológicos y pretende dar a la hipnosis una jerarquía científica: "Physiologie pathologique. Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques", en *Comptes Rendus Hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences*, vol. 94, 1, 13 de febrero de 1882, París, Gauthier-Villars, 1882, pp. 403-405. Véase Alan Robert Owen, *Hysteria, Hypnosis and Healing: The Work of J.-M. Charcot*, Londres, D. Dobson, 1971.

[43] En la década de 1860 comienzan a hacerse más frecuentes los problemas ligados a las consecuencias de los accidentes laborales o ferroviarios: problemas de pericia, de indemnizaciones, de determinación de la incapacidad de trabajar. En lo concerniente a los accidentes laborales, un decreto del 14 de noviembre de 1865 crea La Sécurité Générale, sostenida por el Crédit Industriel et Commercial. La ley del 11 de julio de 1868 propicia el establecimiento de dos cajas nacionales de seguros, en caso de fallecimiento y de accidentes resultantes de trabajos industriales y agrícolas; el decreto del 10 de agosto de 1868 especifica sus términos. En mayo de 1880, Martin Nadaud presenta un proyecto de ley sobre la "responsabilidad de los accidentes de que son víctimas los obreros en su trabajo"; habrá que esperar hasta el 9 de abril de 1898 para que se vote la ley sobre accidentes laborales. Cf.: Georges Hamon, *Histoire générale de l'assurance en France et à l'étranger*, París, A. Giard et F. Brière, 1897; V. Senès, *Les Origines des compagnies d'assurances [...]*, París, L. Dulac, 1900; Jean-Pierre Richard, *Histoire des institutions d'assurance en France*, París, Éd. de l'Argus, 1956; Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à la Sécurité sociale (1850-1940)*, París, A. Colin, 1971. Michel Foucault vuelve al tema en octubre de 1974; cf. *DE*, III, núm. 170, p. 54.

dicha, los historiadores de la medicina apenas mencionan– que no pagan por su atención ni están amparados por la asistencia social. En otras palabras, en la medicina del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX no había, en sustancia, más que dos categorías de enfermos: quienes pagaban y quienes eran asistidos en el hospital; ahora aparece una nueva categoría, enfermos que no pagan del todo ni son asistidos del todo: la categoría de los enfermos asegurados.[44] Se produce así el surgimiento, a partir de elementos muy diferentes, del paciente cubierto por un seguro y del cuerpo neurológico que es probablemente uno de los fenómenos importantes de la historia de la histeria. En efecto, sucede lo siguiente: la sociedad, habida cuenta de que quería sacar provecho de una salud maximizada, debió inclinarse poco a poco, desde fines del siglo XVIII, a perfeccionar toda una serie de técnicas de vigilancia, relevamiento y cobertura, y también de seguros, de la enfermedad y los accidentes.

Sin embargo, como la sociedad, para poder sacar un beneficio máximo de los cuerpos, estaba obligada a diagramar y vigilar la salud y proponer seguros contra accidentes y enfermedades, en el momento mismo de establecer aquellas técnicas con el objeto de extraer ese máximo de ganancia, el propio hecho hacía que, para quien estaba enfermo, la enfermedad se convirtiese en algo rentable. En el siglo XVIII, el único provecho que un enfermo asistido podía sacar de su dolencia era prolongar un poco más su estadía en el hospital, y a menudo damos con este pequeño problema en la historia de la institución hospitalaria en dicha época. A partir del relevamiento sanitario que data del siglo XIX y la cobertura general de los fenómenos de enfermedad por la medicina y por los seguros, la enfermedad misma puede, como tal, llegar a ser para el sujeto una fuente de ganancia y, en todo caso, una manera de sacar provecho de ese sistema general.

La enfermedad se vuelve rentable en el momento mismo de plantear un problema en el nivel general de las ganancias de la sociedad. Se imbrica, entonces, con todo el problema económico del lucro.

Y de golpe vemos aparecer nuevos enfermos, es decir enfermos asegurados que presentan trastornos denominados postraumáticos: parálisis y anes-

[44] En enero y febrero de 1867, Henri Legrand du Saulle (1830-1886) dedica a la cuestión una serie de clases publicadas en su obra *Étude médico-légale sur les assurances sur la vie*, París, Savy, 1868.

tesia sin soporte anatómico atribuible, contracturas, dolores, convulsiones, etc. Y en ese momento el problema, siempre en términos de ganancia, es saber si deben ser considerados como enfermos y cubiertos efectivamente por el seguro o, al contrario, es preciso verlos como simuladores.[45] La literatura sobre las consecuencias de los accidentes ferroviarios –y también sobre los accidentes de trabajo, pero en menor medida y un poco más tardíamente, casi en las postrimerías del siglo– es gigantesca y abarca, creo, un enorme problema que en cierto modo sostuvo toda esa elaboración de las técnicas neurológicas: las técnicas de examen de las que yo hablaba.[46]

[45] Así, Claude Guillemaud aborda la cuestión del descubrimiento de la simulación en su obra *Des accidents de chemin de fer et de leurs conséquences médico-judiciaires*, París, s. n., 1851, pp. 40-41; reedición: Lyon, A. Storck, 1891. Alexandre Souques consagra su tesis a la cuestión de la simulación: *Contribution à l'étude des syndromes hystériques "simulateurs" des maladies organiques de la moelle épinière*, Th. Méd. Paris, núm. 158; París, Lecrosnier & Babé, 1891. Cf. también *supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 20, y clase del 30 de enero de 1974, nota 20.

[46] Cf. *supra*, pp. 216 y ss. y pp. 266 y ss. En la segunda mitad del siglo XIX se desarrolla toda una literatura sobre las consecuencias de estos accidentes. a) Anglosajona, que las atribuye a una inflamación, ya sea de la médula ("Railway Spine") o del cerebro ("Railway Brain"). Cf.: John Eric Erichsen, *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*, Filadelfia, H. C. Lea, 1867, y *On Concussion of the Spine, Nervous Shock, and Other Obscure Injuries of the Nervous System*, Nueva York, Wood, 1875; Herbert William Page, *Injuries of the Spine and Spinal Cord without Apparent Mechanical Lesion and Nervous Shock in their Surgical and Medico-Legal Aspects*, Londres, J. Churchill, 1883, así como su obra *Railway Injuries with Special Reference to those of the Back and Nervous System in their Medico-Legal and Clinical Aspects*, Londres, Griffin & Co., 1891, de la que envía un ejemplar dedicado a Charcot. b) Alemana, que considera que esas consecuencias constituyen una "neurosis traumática" específica. Cf.: Hermann Oppenheim y R. Thomsen, "Über das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems", en *Archiv für Psychiatrie*, Berlín, vol. 15, 1884, pp. 559-583 y 663-680, y Hermann Oppenheim, *Die traumatischen Neurosen [...]*, Berlín, Hirschwald, 1889. Charcot dedica a la cuestión una clase de 1877, "De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale" (clase dictada en el hospicio de la Salpêtrière en diciembre de 1877), en *Progrès Médical*, VI, 18, 4 de mayo de 1878, pp. 335-338. Al no admitir la existencia de una entidad clínica específica y aducir la posibilidad de reproducir bajo hipnosis parálisis semejantes a las traumáticas, Charcot define una variedad de histeria: la "histeria traumática". Entre 1878 y 1893 publica una veintena de casos de parálisis debidas a accidentes laborales o ferroviarios: 1) *Leçons sur les maladies du système nerveux, op. cit.*, t. III, clase XVIII ya citada (en la cual critica la concepción alemana), p. 258; clase XXII, "Sur deux cas de

Y el enfermo asegurado que llega a conjugarse con el cuerpo neurológico, el enfermo asegurado portador de un cuerpo neurológico que es posible captar *mediante el dispositivo clínico* de la *neuropatología, se constituirá,* frente al histérico, en el otro personaje, justamente el personaje buscado; como resultado, se hará actuar a uno contra otro. Por un lado, en esos enfermos se encontrará a personas aún no hospitalizadas, aún no medicalizadas, que no están, en consecuencia, bajo hipnosis, bajo el poder médico, y que presentan una serie de fenómenos naturales si no son estimuladas. Por otro, tenemos a las histéricas que están dentro del sistema hospitalario, bajo el poder médico, *y a quienes se imponen enfermedades artificiales por la vía de la hipnosis.* Entonces, la histérica, cuando se la confronte con el trauma, va a permitir reconocer si el traumatizado es un simulador o no. Una de dos, en efecto: o el traumatizado presenta los mismos síntomas que la histérica –hablo, claro está, del traumatizado que no tiene ninguna huella de lesión– y por eso podrá decirse: "tiene la misma enfermedad que la histérica", pues la primera maniobra ha consistido en mostrar que ésta estaba enferma y por consiguiente va a autentificar la *enfermedad del traumatizado; o bien el* traumatizado no tiene la misma enfermedad, no presenta los mismos síntomas que la histérica y, por eso, quedará al margen del campo de la patología y se lo podrá tachar de simulador.

---

monoplégie brachiale hystérique chez l'homme", pp. 354-356; clase XXIII, "Sur deux cas de coxalgie hystérique chez l'homme", pp. 370-385; clase XXIV, pp. 386-398, donde hace una analogía entre el *nervous shock* de los ingleses y el estado hipnótico por sugestión, y apéndice I, pp. 458-462; 2) *Leçons du mardi à la Salpêtrière..., op. cit.*, t. II, policlínica del martes 4 de diciembre de 1888, clase VII, pp. 131-139, y apéndice I, "Hystérie et névrose traumatique. Collision de trains et hystérie consécutive", pp. 527-535; 3) *Clinique des maladies du système nerveux..., op. cit.*, t. I, clase III, 13 de noviembre de 1889, pp. 61-64, y 4) Jean-Martin Charcot y Pierre Marie, "Hysteria, mainly hystero-epilepsy" (en oposición a la concepción alemana de una "neurosis traumática" específica), en Daniel Hack Tuke, *A Dictionary of Psychological Medicine*, Londres, J. & A. Churchill, 1892, t. I, pp. 639-640. Véanse también Charles Vibert, *La Névrose traumatique. Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues*, París, J.-B. Baillière, 1893, y Esther Fischer-Homberger, "Railway-Spine und traumatische Neurose. Seele und Rückenmark", en *Gesnerus*, vol. 27, 1970, pp. 96-111; posteriormente se dispone de su obra *Die Traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden*, Berna, Hans Huber, 1975.

En cambio, del lado de la histeria, la confrontación va a conducir al siguiente resultado: si se pueden encontrar en una persona no sometida a la hipnosis cierto número de síntomas que, naturalmente, son semejantes a los que se obtienen en la histérica por intermedio de ese procedimiento, tendremos con ello la indicación de que los fenómenos hipnóticos obtenidos en esas histéricas son sin duda fenómenos naturales. Naturalización de la histérica por el traumatizado, denuncia de la simulación posible en el traumatizado por la histérica.

De allí la gran puesta en escena de Charcot. Con frecuencia se ha dicho que consistía en exhibir a una histérica y decir a los estudiantes: "Observen cuál es la enfermedad que la afecta" y, en la práctica, dictar los síntomas a la enferma. Es verdad, esto corresponde a la primera maniobra que les mencionaba, pero la gran maniobra de Charcot y, creo, la más sutil, la más perversa de todas, fue precisamente mostrar a esos dos personajes juntos. Y cuando en su consulta se presentaban personas –procedentes de afuera, por lo tanto– que habían padecido traumas y accidentes diversos, no tenían huellas de lesiones visibles y sufrían parálisis, coxalgias, anestesias, Charcot mandaba llamar a una histérica, la hipnotizaba, le decía: "Ya no puede caminar" y observaba si su parálisis era similar a la del traumatizado. Hubo así un famoso caso de coxalgia postraumática en un empleado ferroviario. Charcot estaba casi seguro de que esa coxalgia no tenía un origen lesional; le parecía, sin embargo, que no se trataba de una simulación lisa y llana. Convocó a dos histéricas, las sometió a la hipnosis y les formuló una serie de consignas; a través de éstas logró reconstituir, sobre esa especie de maniquí funcional en que se había convertido la histérica, la coxalgia del empleado, que por ende fue considerada como una afección histérica.[47]

Puro beneficio para todo el mundo. Puro beneficio, en primer lugar, para las compañías de seguros, desde luego, y la gente que debía pagar, y también hasta cierto punto para el enfermo, pues en cuanto no era simulador, Char-

[47] Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, t. III, clase XXIV, "Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme", recogida por el doctor Pierre Marie. Para demostrar que C., aserrador de piezas gruesas y víctima de un accidente de trabajo en mayo de 1883, sufría de una coxalgia histérica sin lesión orgánica, Charcot hizo reproducir esta afección en dos pacientes puestas en "estado hipnótico" (*ibid.*, pp. 391-392).

cot decía: no es posible negarle algo que, por supuesto, no puede ser del mismo orden que si tuviera una verdadera lesión. Por consiguiente, los gastos se pagaban a medias. Pero como es evidente, el problema importante no es éste: el beneficio era también para el médico porque, gracias a la utilización de la histérica como maniquí funcional, podía hacer un diagnóstico diferencial que ahora iba a referirse al simulador. La famosa obsesión pánica que tanto atormentó a los médicos de la primera mitad del siglo XIX, pues bien, ahora podía dominarse merced a esas histéricas que, traidoras en cierto modo a su propia mentira, permitirían denunciar la mentira de los otros; en definitiva, el médico tendría por fin la simulación bajo su férula.[48]

Para terminar, beneficio para las histéricas, por supuesto, pues si actúan de maniquíes funcionales autentificadores de la enfermedad no lesional, funcional, "dinámica" como se decía en la época, si la histérica está ahí para autentificar de tal modo esta enfermedad, escapa por fuerza a toda sospecha de simulación, por ser el elemento a partir del cual se puede denunciar la simulación de los otros. Por eso, el médico podrá, otra vez, asegurar su poder gracias a la histérica; si elude la trampa del simulador es porque ella está presente y permite el doble diagnóstico diferencial orgánico/dinámico/simulación. Por consiguiente, la histérica pone una segunda vez al médico bajo su dominio, dado que, al obedecer precisamente las consignas que él le formula en la hipnosis, logra ser en cierto modo la instancia de verificación, de verdad

[48] Sobre la simulación véase *supra*, nota 45. Se encuentran referencias a esta literatura en: A. Laurent, *Étude médico-légale sur la simulation…*, *op. cit.* (*supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 20); Edmond Boisseau, art. "Maladies simulées", en Amédée Dechambre *et al.* (dirs.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, *op. cit.*, 2ª serie, t. IV, 1876, pp. 266-281; G. Tourdes, art. "Simulation", *op. cit.* (*supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, nota 20). Charcot aborda la cuestión en varias ocasiones: *Leçons du mardi à la Salpêtrière…*, *op. cit.*, edición de Delahaye et Lecrosnier, 1892, t. I, policlínica del martes 20 de marzo de 1888, "Ataxie locomotrice. Forme anormale", pp. 281-284; *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, 5ª ed. de Delahaye et Lecrosnier, 1884, t. I, clase IX, "De l'ischurie hystérique", § "Simulation" (1873), pp. 281-283; t. III, clase inaugural de la cátedra de clínica de las enfermedades del sistema nervioso, 23 de abril de 1882, § VII, "Simulation" (1887), edición de Lecrosnier & Babé, 1890, pp. 17-22, y clase XXVI, "Cas de mutisme hystérique chez l'homme. Les simulations", p. 422.

entre la enfermedad y la mentira. Segundo triunfo de la histérica. Como comprenderán, tampoco en este caso las histéricas vacilan en reconstituir a pedido las coxalgias, las anestesias, etc., que se les demandan bajo hipnosis.

De allí la tercera maniobra, que es la redistribución en torno del trauma. Al final de la segunda maniobra, el médico se ve una segunda vez bajo la dependencia de la histérica; en efecto, aunque los trastornos así reproducidos por ésta a pedido lo sean con tanta generosidad, tanta abundancia, tanta obediencia y, al mismo tiempo, tanta sed de poder, ¿no habrá en ello una prueba, empero, de que todo esto es fabricado, como ya comienza a sugerirlo Bernheim?[49] ¿Toda esta gran sintomatología histérica que aparece en la Salpêtrière no se deberá al conjunto de los poderes médicos que empiezan a ejercerse dentro del hospital?

Para que el médico no sea completamente dependiente de ese comportamiento histérico al que bien podría calificarse de fabricado, para que vuelva a afirmar su poder sobre el conjunto de los fenómenos, para que recupere el *control de la situación, le será preciso inscribir dentro de un esquema patológico* riguroso el hecho de que alguien es hipnotizable y, bajo hipnosis, reproduce fenómenos de tipo patológico, y, a la vez, el hecho de que en ese marco patológico el propio médico puede situar también los famosos trastornos funcionales cuya proximidad con los fenómenos de la histeria mostró

[49] Hippolyte Bernheim (1840-1919), profesor universitario y presidente de la Société médicale de Nancy, critica desde la década de 1880 las experiencias de Charcot; véase *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, París, Doin, 1884 [trad. esp.: *De la sugestión y de sus aplicaciones a la terapéutica*, Oviedo, Imprenta de Vicente Brid, 1886]. Afina esa crítica en *Hypnotisme, suggestion, psychologie*, París, Doin, 1891, p. 172: "Cuesta creer hasta qué punto está uno expuesto a hacer sugestiones inconscientes a los neurópatas y las histéricas; *crea neuralgias, zonas histerógenas* [...]; *exterioriza en el enfermo sus propias concepciones;* fabrica una observación con ideas preconcebidas que tiene en mente". En un artículo aparecido en *Le Temps* el 29 de enero de 1891 ya afirmaba: "Creo que el ataque de gran histeria que la Salpêtrière nos da como algo clásico y que se desenvuelve en fases claras y precisas [...] es una histeria de cultivo". Negándose además a confinar el hipnotismo en el registro patológico, sostiene que "el llamado hipnotismo no es otra cosa que la activación de una propiedad normal del cerebro, la sugestibilidad, es decir la aptitud de someterse a la influencia de una idea aceptada y procurar su realización". Sobre el debate entre Charcot y Bernheim, cf. Hillman, "A scientific study of hystery (1817-1868)", en *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 29, 2, 1955, pp. 163-182.

Charcot. Es menester un marco patológico que englobe al mismo tiempo la hipnosis y los síntomas histéricos producidos dentro de ella, así como el acontecimiento que induce los trastornos funcionales de los enfermos no hipnotizados. Esa búsqueda de un marco patológico va a llevar a Charcot a tratar de encontrar la asignación, porque aquí el cuerpo no puede hablar y no hay lesión. Estará obligado a buscar algo para fijar en el nivel de la etiología todos esos fenómenos y, por consiguiente, atribuirles una patología estricta; deberá, entonces, hallar algo que sea un acontecimiento.

De ese modo Charcot elaboró la concepción del trauma.[50]

¿Qué es un trauma para Charcot? Es algo: un acontecimiento violento, un golpe, una caída, un temor, un espectáculo, etc., que provocará una suerte de estado de hipnotismo discreto, localizado, pero a veces de larga duración, de modo que, a raíz de ese trauma, en la cabeza del individuo entrará una idea determinada, para inscribirse en la corteza y actuar como si se tratara de una conminación permanente.

Ejemplo de un trauma: un niño es atropellado por un vehículo y se desvanece. En el instante mismo que precede al desvanecimiento, tiene la impresión de que las ruedas le pasan por encima; en realidad, sólo ha sido atropellado y las ruedas no lo aplastaron. Vuelve en sí y, al cabo de cierto tiempo, advierte que está paralizado; y si lo está, es porque cree que las ruedas le pasaron por encima.[51] Ahora bien, esa creencia se inscribe y sigue fun-

[50] El concepto de "trauma", entendido ante todo como una "acción mecánica" susceptible de desencadenar accidentes histéricos, se impone en 1877; cf. Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, t. I, apéndice VII, "De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale" (diciembre de 1877), pp. 446-457. A partir de 1885, la noción se profundiza para tomar en cuenta un mecanismo de "sugestión traumática"; cf. *ibid.*, t. III, clase XX, "Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique chez l'homme", pp. 299-314; clase XXI, "Sur deux cas...", continuación, pp. 315-343, y clase XXII, "Sur deux cas...", final, pp. 344-369 (con un pasaje dedicado al "Hypnotisme et choc nerveux", pp. 354-356).

[51] Caso Le Logeais, mandadero de 29 años, atropellado el 21 de octubre de 1885 por un coche de caballos. Tras dos internaciones, en Beaujon y el Hôtel-Dieu, es admitido en el servicio de Charcot el 21 de marzo de 1886, ya que presenta una parálisis y anestesia de los miembros; cf. *ibid.*, t. III, apéndice I, "Cas de paralysie hystéro-traumatique survenue à la suite d'un accident de voiture" (observación recogida por M. Berbèz), pp. 441-459. El accidente

cionando dentro de una sucesión de estados de microhipnosis, hipnosis localizada a propósito de ello. En cierto modo, esa idea convertida en conminación hipnótica será la que provoque la parálisis de las piernas.[52] Y así encontramos en esa situación –a la vez, desde luego– la introducción de la noción de trauma, importante para el futuro, y el lazo entre ella y la vieja concepción del delirio. En efecto, si el niño está paralítico es porque cree que las ruedas del vehículo le pasaron por encima; como ven, esta creencia se imbrica con la antigua concepción de la locura que englobaba siempre un delirio.[53] Un trauma, entonces, es algo que provoca un estado de hipnosis localizada y permanente sólo en ese punto.

En cuanto al hipnotismo, ¿qué es? Pues bien, también va a ser un trauma, pero adoptará a la sazón la forma de un choque total, breve, transitorio, que será suspendido por la voluntad exclusiva del médico pero va a involucrar el comportamiento general del individuo, de modo que dentro de ese estado de hipnosis que es una suerte de trauma generalizado y provisorio, la voluntad del médico, su palabra, podrán inyectar al sujeto una serie de ideas e imágenes que tienen el mismo papel, la misma función, el mismo efecto de conminación [del cual] les hablaba a propósito de los traumas naturales, no hipnóticos. De ese modo, entre el fenómeno histérico producido en la hipnosis y el fenómeno histérico consecutivo a un acontecimiento, encontramos una convergencia que apunta hacia la noción fundamental de trauma. El

---

"despertó en la mente de Lelog. la convicción de que las ruedas del coche que lo atropelló le pasaron, como él dice, 'por encima del cuerpo'. Esta convicción que lo persigue hasta en los sueños es, sin embargo, absolutamente errónea" (p. 555).

[52] *Ibid.*, pp. 553-554: "El punto de partida de la sugestión debe buscarse en el hecho mismo del choque local y, en particular, en los fenómenos sensitivos y motores asociados a él [...] La idea de impotencia motriz del miembro [...], en razón del estado mental sonámbulo tan especialmente favorable a la eficacia de las sugestiones, podrá adquirir por obra de una suerte de incubación un desarrollo considerable y realizarse por fin de manera objetiva en la forma de una parálisis total".

[53] Concepción ilustrada por las palabras de J. É. D. Esquirol, art. "Manie", en *Dictionnaire des sciences médicales, par une société..., op. cit.*, t. XXX, 1818, p. 454: "Los actos a los cuales se entregan los alienados son siempre el resultado del delirio". O de Étienne Jean Georget, *De la folie..., op. cit.*, p. 75: "No hay locura sin delirio". E incluso de François Emmanuel Fodéré, *Traité de médecine légale et d'hygiène publique*, París, Mame, 1813, t. I, p. 184.

trauma es lo que provoca la hipnosis, y la hipnosis es un tipo de reactivación general del trauma suscitada por la voluntad del médico.

Por eso la práctica de Charcot necesita salir en busca del propio trauma. En efecto, para llegar a tener la seguridad de que la histérica es una histérica y todos los síntomas que presenta, sea en estado de hipnosis o al margen de él, son patológicos, habrá que encontrar la etiología, ese trauma que es como una lesión invisible y patológica en virtud de la cual todo eso se convierte en un conjunto realmente mórbido.* De allí la necesidad de las histéricas, estén o no bajo hipnosis, de contar su infancia, su vida, reencontrar ese acontecimiento fundamental y esencial que va a prolongarse, que siempre se prolonga en el síntoma histérico y del que éste es, de algún modo, la actualización permanente.[54]**

Pero en esa conminación –y en este punto volveremos a encontrar a la histérica y su contramaniobra–, en esa exhortación a recuperar el trauma que se prolonga en el síntoma, ¿qué van a hacer las enfermas? En la brecha abierta por la conminación, precipitarán su vida, su vida real de todos los días, es decir su vida sexual: y será precisamente esa vida sexual la que cuenten, la que conecten con el hospital, la que reactualicen sin cesar en él. Para darles la prueba de ello, de esa contracarga de la búsqueda del trauma por el relato de la vida sexual, no podemos, por desdicha, remitirnos al texto de Charcot, porque Charcot no habla de eso. En cambio, cuando se recurre a las observaciones transcriptas por sus alumnos se ve de qué se trataba a lo largo de esas anamnesis, qué cosa estaba en cuestión, de qué se hablaba, cuál era el tema concreto en esas famosas crisis de forma pseudoepiléptica. Voy a mencionar un solo ejemplo, un caso recogido por Bourneville.

Así contaba su vida la enferma. Entre los 6 y los 13 años había estado alojada en un convento religioso de "La Ferté-sous-Jouarre, donde disfrutaba

* El manuscrito precisa: "De allí la doble búsqueda de a) la diátesis nerviosa responsable de la susceptibilidad al trauma, búsqueda de herencia, y b) búsqueda del trauma mismo".

54 Sobre el relato de infancia véase el caso Augustine, en Désiré Magloire Bourneville y Paul-Marie-Léon Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, París, Delahaye, 1878, t. II, p. 167.

** El manuscrito agrega: "Por eso la violencia de la oposición a Bernheim: si se podía hipnotizar a todo el mundo, el edificio se derrumbaba".

de una libertad relativa, paseaba por la comarca, se dejaba besar gustosa para obtener caramelos". El texto corresponde a un protocolo elaborado por un alumno de Charcot sobre la base de los relatos de la propia enferma.

> Visitaba con frecuencia a la mujer de un obrero pintor, Jules. Éste solía embriagarse, y en esos casos se suscitaban violentas discusiones en la casa; golpeaba a su mujer, la arrastraba o le tiraba del pelo. Louise [la enferma; M. F.] presenciaba en ocasiones esas escenas. Un día, Jules habría intentado besarla y hasta violentarla, lo cual le produjo un gran espanto. Durante las vacaciones [tenía entre 6 y 13 años; M. F.] ella venía a París y pasaba los días con su hermano Antonio, un año menor, quien, al parecer muy avispado, le enseñaba muchas cosas que la muchacha habría debido ignorar. Antonio se burlaba de su ingenuidad, que la llevaba a aceptar las explicaciones que le daban, y le contaba, entre otras cosas, cómo se hacen los niños. Durante las vacaciones, asimismo, la niña tenía oportunidad de ver, en la casa donde servían sus padres, a un señor C. [el dueño de casa; M. F.], que era el amante de su madre. Ésta obligaba a Louise a besar al hombre y quería que lo llamara padre. Vuelta definitivamente a París, Louis fue instalada [justamente después de su época de pensionista, y por lo tanto a los 13 años; M. F.] en lo de C., so pretexto de que debía aprender a cantar, a coser, etc. Dormía en un pequeño gabinete aislado. C., que tenía un trato tirante con su mujer, aprovechaba las ausencias de ésta para intentar tener relaciones con Louise, por entonces de 13 años y medio. Una primera vez fracasó; quería hacerla acostarse junto a él. Un segundo intento desembocó en acercamientos incompletos, debido a la resistencia opuesta por la niña. Una tercera vez, C., luego de hacer destellar ante sus ojos toda clase de promesas, ofrecerle hermosos vestidos, etc., y viendo que ella no quería ceder, la amenazó con una navaja; aprovechando su pavor, le hizo beber un licor, la desvistió, la arrojó sobre su cama y consumó la relación. Al día siguiente Louise sentía dolores, etcétera.[55]

[55] Se trata de Louise Augustine, ingresada en el servicio de Charcot cuando tenía 15 años y medio; cf. Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, segunda parte, "Hystéro-épilepsie", observación 2, pp. 125-126.

Las vidas de histéricas contadas por las enfermas de Charcot suelen ser de este orden y este nivel. En cuanto a las famosas crisis que según Charcot se parecían extrañamente a crisis de epilepsia, e incluso era muy difícil distinguir de éstas cuando uno no era un buen neurólogo, ¿qué pasaba en concreto en ellas, de acuerdo con las observaciones anotadas por los alumnos de Charcot y para éste?

En el plano del discurso, así hablaba Louise:

> ¡Dímelo! ¡Querrás decírmelo! ¡Patán! Mira que eres innoble. Así que le crees más a ese muchacho que a mí... Te juro que jamás me puso la mano encima... Yo no respondía a sus caricias, estábamos en un campo... te aseguro que no tenía ganas... Llámalos. (Fisonomía imperativa.). ¿Y bien? (Mira repentinamente hacia la derecha.) [...] ¡Pero no es eso lo que usted le ha dicho! Antonio, vas a repetir lo que él te dijo... que me había tocado... Pero yo no quise. ¡Mientes, Antonio! [...] Es verdad, había una serpiente en su pantalón, quería metérmela en el vientre, pero ni siquiera pudo encontrarlo... terminemos con eso... Estábamos en un banco [...] Usted me ha besado más de una vez, yo no lo besaba; soy lunática... Antonio, te ríes...[56]

Los discursos de este tipo se situaban en el llamado período delirante, el último período del análisis de Charcot. Y si nos remontamos a la denominada fase "plástica" de las "actitudes pasionales", así se manifiestan éstas en otra enferma:

> Celina M. es atenta, advierte la presencia de alguien y le hace una seña con la cabeza para que se acerque, abre los brazos y los junta como si abrazara al ser imaginario. La fisonomía expresa ante todo descontento y decepción y luego, tras un brusco cambio, felicidad. En ese momento se observan movimientos del vientre; las piernas se doblan, M. vuelve a caer sobre su cama y realiza otra vez movimientos clónicos. Con un movimiento rápido vuelca el cuerpo sobre el lado derecho de la cama y hace descansar la cabeza sobre la almohada; el rostro se congestiona, el cuerpo

[56] Se trata de la escena en cuyo transcurso Louise interpela a un amigo, Émile, delante de su hermano, para disculparse de los reproches de este último; cf. *ibid.*, p. 149.

> rueda parcialmente sobre sí mismo, la mejilla derecha presiona contra la almohada, la cara se dirige hacia la parte derecha de la cama, la enferma muestra las nalgas, que están en alto, con los miembros inferiores flexionados. Al cabo de algunos instantes, mientras mantiene su posición lúbrica, M. hace movimientos con la pelvis. A continuación se endereza y realiza sus grandes movimientos clónicos. Por último gesticula, llora, parece vivamente contrariada. Se sienta una vez más, mira a la izquierda, hace una seña con la cabeza y la mano derecha. Asiste a escenas variadas y parece experimentar alternativamente sensaciones agradables o penosas, si se la juzga por el juego de su fisonomía. De improviso, vuelve a ponerse en medio de la cama, levanta un poco el cuerpo y, con la mano derecha, realiza los gestos del *mea culpa,* seguidos de contorsiones y muecas. Luego lanza gritos agudos: "¡Oh! ¡Ah, ah!", sonríe, mira con aire lúbrico, se sienta, parece ver a Ernest y dice: "¡Pero ven! ¡Anda, ven!"[57]

Tal es entonces, en el plano de las observaciones cotidianas de las enfermas hechas por los alumnos de Charcot, el contenido real de esas crisis.

Ahora bien, creo que en ese punto las histéricas retomaban por tercera vez el poder sobre el psiquiatra, pues esos discursos, esas escenas, esas posturas que Charcot codificaba con la expresión "pseudoepilepsia" o "gran crisis histérica", análoga a la epilepsia pero diferente de ella, todo eso, ese contenido real que vemos aparecer en las observaciones de todos los días, Charcot en realidad no podía admitirlo. ¿Por qué no podía? No por razones de moralidad o mojigatería, si se quiere; simplemente no podía. En efecto, recordarán que al hablarles de la neurosis tal como existía hacia la década de 1840, les decía que se la descalificaba y que Jules Falret aún lo hacía en la época de Charcot; ¿y por qué se la descalificaba?[58] Porque era simulación –y Charcot

[57] Caso Celina, ingresada al servicio de Charcot en 1870; *ibid.*, t. I, observación 5, 9 de febrero de 1877, edición de Delahaye et Lecrosnier, 1877, p. 132.

[58] Cf. *supra,* nota 26, y también Jules Falret, "Responsabilité légale des aliénés", § "Hystérie" (1876), en *Les Aliénés et les asiles d'aliénés..., op. cit.*, p. 189: "Esas enfermas exhiben con frecuencia trastornos de carácter más o menos pronunciados que les imprimen un sello particular y que se ha designado con el término genérico de carácter de las histéricas. Éstas son antojadizas y se muestran dispuestas a la mentira y la invención; son romanticonas y caprichosas y les gusta dominar".

trató de hacer a un lado esta objeción– y a la vez porque era sexual, porque entrañaba una serie de elementos lúbricos. Si se quería demostrar concretamente que la histeria era una enfermedad, si se pretendía que funcionara dentro del sistema del diagnóstico diferencial, si no se quería ver impugnado su estatus de enfermedad, pues bien, debía estar absolutamente despojada de ese elemento de descalificación con efectos tan nocivos como la simulación, y que era la lubricidad o la sexualidad.* Por consiguiente, era necesario que ese aspecto no se manifestase o no se dijera.

Charcot, sin embargo, no podía impedir que se produjera, pues el demandante de síntomas y crisis era él mismo. Y en efecto, las enfermas lo proveían de muchas crisis cuya superficie sintomática y el argumento general obedecían a las reglas planteadas por él, pero, protegidas en cierta forma por ese argumento, ellas movilizaban toda su vida individual, toda su sexualidad, todos sus recuerdos; reactualizaban su sexualidad y lo hacían dentro mismo del hospital, con los internos o los médicos. Por lo tanto, como Charcot no podía impedir que eso ocurriera, sólo le quedaba una cosa por hacer: no decirlo o, mejor, decir lo contrario. En efecto, en él podemos leer lo siguiente, que es paradójico cuando se conocen las observaciones sobre las cuales se fundaba: "Por mi parte, disto de creer que la lubricidad esté siempre en juego en la histeria, e incluso estoy convencido de lo contrario".[59]

Supongo que recordarán un episodio ocurrido en el invierno de 1885-1886, cuando Freud cursaba con Charcot y una noche, invitado a la casa de éste, lo escuchó estupefacto decir en un aparte a otra persona: "Ah, la histeria: todo el mundo sabe que es un asunto de sexualidad". Y Freud comenta la observación de esta manera: "Cuando lo escuché me sorprendí mucho y pensé: 'Pero si lo sabe, ¿por qué no lo dice?'"[60] No lo decía, creo, por dos ra-

* El manuscrito añade: "Si dejaba que se reintrodujera, todo el edificio de patologización construido en concurrencia con las histéricas se derrumbaría".

[59] Charcot pronunció esta frase con referencia a la obra de Paul Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, París, J.-B. Baillière, 1859; cf. Jean-Martin Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, t. I, clase X, "De l'hémianesthésie hystérique" (recogida por D. M. Bourneville, 1872), p. 301.

[60] Se trata de una cena en cuyo transcurso Freud presencia una discusión entre Charcot y Paul Brouardel, profesor de medicina legal; Charcot señala, acerca de una paciente: "'Pero, en

zones. Podemos preguntarnos sencillamente por qué Freud, que pasó seis meses en la Salpêtrière y, por lo tanto, presenció todos los días las escenas de las que les di [dos] ejemplo[s], tampoco lo menciona cuando debe referirse a esa estadía en el hospital, y por qué recién hizo el descubrimiento de la sexualidad en la histeria algunos años después.[61] La única posibilidad para Charcot era justamente no ver y no decir.

Les citaré, para que se entretengan, este pequeño episodio que encontré en los archivos de Charcot; es una nota de un estudiante que, por otra parte, carece de toda ironía:

> El señor Charcot hace acudir a Geneviève, afectada de una contractura histérica. La mujer está sobre una camilla; los residentes y los jefes de clínica la han hipnotizado previamente. Hace su gran crisis histérica. Charcot,

---

casos semejantes, siempre está la cosa genital, siempre'... Sé que por un instante caí en una sorpresa paralizante, mientras me decía: 'Pero si lo sabe, ¿por qué nunca lo dice?'". Cf. Sigmund Freud, "Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung" (1914), en *GW*, t. X, 1946, p. 51 [trad. esp.: "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico", en *OC*, t. 14, 1979].

[61] Beneficiado con una beca, Freud hace una residencia en el servicio de Charcot desde el 30 de octubre de 1885 hasta el 28 de febrero de 1886. Cf. Sigmund Freud, "Bericht über meine mit Unversitäts-Jubiläums Reisestipendium unternommene Studienreise nach Paris und Berlin" (1886), en Josef y Renée Gicklhorn, *Sigmund Freuds akademische Laufbahn, im Lichte der Dokumente von [J. & R. G.]*, Viena, Urban & Schwarzenberg, 1960, pp. 82-89 (trad. francesa: "Rapport sur mon voyage à Paris et à Berlin grâce à la bourse de voyage du fonds jubilaire de l'Université (octobre 1885-mars 1886)", traducción parcial de Anne Berman en la *Revue Française de Psychanalyse*, vol. XX, 3, 1956, pp. 299-306) [trad. esp.: "Informe sobre mis estudios en París y Berlín", en *OC*, t. 1, 1982]. Los primeros textos en que Freud considera una etiología sexual de las neurosis se refieren a la neurastenia y la neurosis de angustia: cf. *La Naissance de la psychanalyse*, *op. cit.*, manuscrito A, fines de 1892, pp. 59-60, y manuscrito B, 8 de febrero de 1893, pp. 61-65 [trad. esp.: "Manuscrito A" y "Manuscrito B", en "Fragmentos de la correspondencia con Fliess", en *OC*, t. 1, 1982]. En 1894 extenderá esta hipótesis a las psiconeurosis: cf. "Die Abwehr-Neuropsychosen", *op. cit.* (trad. francesa: "Les psychonévroses de défense...", *op. cit.*, pp. 1-14). Véase también el artículo que recapitula el problema: "Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen" (1898), en *GW*, t. I, pp. 489-516 (trad. francesa: "La sexualité dans l'étiologie des névroses", trad. de J. Altounian, A. y O. Bourguignon, G. Goran, J. Laplanche y A. Rauzy, en *Résultats, idées, problèmes I*, *op. cit.*, pp. 75-97) [trad. esp.: "La sexualidad en la etiología de las neurosis", en *OC*, t. 3, 1981].

> según su técnica, muestra que la hipnosis puede no sólo provocar, inducir fenómenos histéricos, sino también detenerlos; toma su bastón, lo apoya sobre el vientre de la enferma, exactamente sobre el ovario, y la crisis, de acuerdo con la tradición del argumento, queda en efecto suspendida. Charcot retira el bastón; la crisis recomienza; período tónico, período clónico, delirio y, en medio de éste, Geneviève exclama: "*¡Camille! ¡Camille! ¡Bésame! ¡Dame tu rabo!*" *El profesor Charcot despacha a la* mujer, cuyo delirio prosigue.[62]

Me parece que esta especie de gran bacanal, de pantomima sexual, no es el residuo, todavía no descifrado, del síndrome histérico. A mi entender, debemos tomar esta bacanal sexual como la contramaniobra por medio de la cual las histéricas respondían a la atribución del trauma: quieres encontrar la causa de mis síntomas, una causa que te permita patologizarlos y actuar como médico; y como quieres ese trauma, pues bien, ¡tendrás mi vida entera y no *podrás dejar de escucharme contarla y,* a la vez, *verme reproducirla en gesti*culaciones y reactualizarla incesantemente en mis crisis!

Por consiguiente, esa sexualidad no es un resto indescifrable, es el grito de victoria de la histérica, la última maniobra por la cual las histéricas pueden más que los neurólogos y los hacen callar: si también quieres el síntoma, lo funcional; si quieres naturalizar tu hipnosis, si quieres que cada una de las conminaciones que me formulas provoque síntomas tales que puedas tomarlos por naturales; si quieres valerte de mí para denunciar a los simuladores, pues bien, ¡estarás obligado a ver y escuchar lo que tengo ganas de decir y de hacer! Y Charcot, que veía todo, incluso los hoyuelos más pequeños y las más ínfimas protuberancias a la luz indirecta del día en el rostro de un para-

[62] Se trata del "período del delirio erótico" de Geneviève, nacida en Loudun el 2 de enero de 1843 e ingresada como "epiléptica simple" al servicio de Charcot en 1872; cf. Désiré Magloire Bourneville y Paul-Marie-Léon Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière, op. cit.*, "Période du délire érotique": "El observador, aún no acostumbrado a esas escenas, queda estupefacto al ver las contorsiones espantosas de la cara, la expresión de lubricidad extrema [...] dirigiéndose a uno de los asistentes, ella se inclina bruscamente y le dice: '¡Bésame! Dame...'" (t. I, p. 70). Observación citada por Michel Foucault en *La Volonté de savoir*, París, Gallimard, 1976, col. "Bibliothèque des histoires", p. 75, nota 1 [trad. esp.: *Historia de la sexualidad*, 1, *La voluntad de saber*, México, Siglo XXI, 1985].

lítico,[63] debía desviar por fuerza su admirable mirada cuando la enferma comenzaba a decirle lo que le decía.

Debajo de ese cuerpo neurológico y al término de esa suerte de gran batalla entre el neurólogo y la histérica, en torno del dispositivo clínico de la neuropatología, bajo el cuerpo neurológico aparentemente captado* y que el neurólogo esperaba y creía haber captado en efecto como verdad, vemos aparecer un nuevo cuerpo; un nuevo cuerpo que ya no es el cuerpo neurológico sino el cuerpo sexual. Fue la histérica quien impuso a los neurólogos y los médicos ese nuevo personaje que ya no era el cuerpo anatomopatológico de Laënnec y Bichat, el cuerpo disciplinario de la psiquiatría, el cuerpo neurológico de Duchenne de Boulogne o de Charcot, sino el cuerpo sexual, frente al cual en lo sucesivo sólo podrían asumirse dos actitudes.

O bien la de Babinski, sucesor de Charcot: la vuelta a la descalificación de la histeria, que ya no será una enfermedad pues tiene semejantes connotaciones,[64] o bien un nuevo intento de soslayar la envoltura histérica para

[63] Cf. *supra*, nota 4.

* Variante del manuscrito: "y por el cual se pretendía juzgar la locura, interrogarla como verdad".

[64] Joseph François Félix Babinski (1857-1932), luego de ser jefe de clínica en el servicio de Charcot entre 1885 y 1887, se distancia tras la muerte de éste de sus concepciones, y el 7 de noviembre de 1901, en una comunicación a la Société de Neurologie de París, propone sustituir el término "histeria" por el de "pitiatismo" (de πείθειν, persuadir), para designar una clase de fenómenos mórbidos resultantes de la sugestión y susceptibles de ser curados por ésta; de ese modo disocia la histeria del hipnotismo: "como las palabras griegas *peithô* [πείθώ] y *iatos* [ιάτος] significan 'persuasión' y 'curable' respectivamente, el neologismo 'pitiatismo' bien podría designar el estado psíquico que se manifiesta a través de trastornos curables por la persuasión, y reemplazaría con ventaja la palabra 'histeria'"; cf. Joseph F. F. Babinski, "Définition de l'hystérie", en *Revue Neurologique*, 9, 1901, p. 1090, reeditado en *Œuvres scientifiques*, novena parte, "Hystérie-pithiatisme", París, Masson, 1934, p. 464. Babinski desarrolla su concepción entre 1906 y 1909 en "Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme (pithiatisme)" (conferencia pronunciada en la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris, el 28 de junio de 1906), *ibid.*, pp. 465-485, y "Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme", en *La Semaine Médicale*, 6 de enero de 1909, pp. 66-67, donde declara: "Ya no se ven esos grandes ataques con los cuatro famosos períodos, esos grandes estados hipnóticos caracterizados por la letargia, la catalepsia y el sonambulismo. Los estudiantes o los jóvenes médicos que leen en las obras de la época la descripción de esos trastornos tienen la impresión de que se trata de paleopatología" (reeditado en *Œuvres scientifiques*, *op. cit.*, p. 500).

reinvestir médicamente ese rumbo nuevo que ha surgido por doquier alrededor del cuerpo neurológico fabricado por los médicos. Esa nueva investidura será la atención médica, psiquiátrica y psicoanalítica de la sexualidad.

Al forzar las puertas del asilo, al dejar de ser locas para convertirse en enfermas, al entrar por fin al consultorio de un verdadero médico –el neurólogo–, al proporcionarle verdaderos síntomas funcionales, las histéricas, para el mayor de sus placeres, pero sin duda para el peor de nuestros infortunios, pusieron la sexualidad bajo la férula de la medicina.

Resumen del curso*

Durante mucho tiempo, y en buena medida aun en nuestros días, la medicina, la psiquiatría, la justicia penal y la criminología permanecieron en los confines de una manifestación de la verdad en las normas del conocimiento y de una producción de la verdad en la forma de la prueba: siempre tendiente ésta a ocultarse bajo aquélla y hacerse justificar por ella. La crisis actual de esas "disciplinas" no pone simplemente en cuestión sus límites o sus incertidumbres en el campo del conocimiento: pone en cuestión el conocimiento, la forma del conocimiento, la norma "sujeto-objeto"; interroga las relaciones entre las estructuras económicas y políticas de nuestra sociedad y el conocimiento (no en sus contenidos verdaderos o falsos, sino en sus funciones de poder-saber). Crisis, por consiguiente, histórico-política.

Tomemos en primer lugar el ejemplo de la medicina, con el espacio conexo a ella, a saber, el hospital. Durante mucho tiempo, éste siguió siendo un lugar ambiguo: de constatación para una verdad oculta y de prueba para una verdad por producir.

Una acción directa sobre la enfermedad: no sólo permitirle revelar su verdad a los ojos del médico, sino producirla. El hospital, lugar de eclosión de la verdadera enfermedad. En efecto, se suponía que, dejado en estado libre –en su "medio", su familia, su entorno, con su régimen, sus hábitos, sus prejuicios, sus ilusiones–, el enfermo no podía sino verse afectado por una enfermedad compleja, enmarañada, enredada, una suerte de enfermedad

* Publicado en el *Annuaire du Collège de France, 74ᵉ année, Histoire des systèmes de pensée, année 1973-1974*, 1974, pp. 293-300. Reeditado en *Dits et Écrits, 1954-1988*, edición establecida por Daniel Defert y François Ewald, con la colaboración de Jacques Lagrange, París, Gallimard, 1994, 4 vols., col. "Bibliothèque des sciences humaines"; cf. II, pp. 674-685.

contra natura que era a la vez la mezcla de varias enfermedades y el impedimento, para la verdadera afección, de producirse en la autenticidad de su naturaleza. En consecuencia, el papel del hospital, al desechar esa vegetación parásita y esas formas aberrantes, consistía no sólo en dejar ver la enfermedad tal como era, sino en producirla, por fin, en su verdad hasta entonces encerrada e impedida. Su naturaleza propia, sus características esenciales, su desarrollo específico finalmente podrían, por el efecto de la hospitalización, convertirse en realidad.

Se atribuía al hospital del siglo XVIII crear las condiciones para la revelación de la verdad del mal. Se trataba, por tanto, de un lugar de observación y demostración, pero también de purificación y prueba. Constituía una suerte de aparato complejo que debía a la vez poner de manifiesto y producir realmente la enfermedad: lugar botánico para la contemplación de las especies y, además, lugar alquímico para la elaboración de sustancias patológicas.

Las grandes estructuras hospitalarias establecidas en el siglo XIX tomaron a su cargo durante mucho tiempo esa doble función. Y a lo largo de un siglo (1760-1860), la práctica y la teoría de la hospitalización y, de una manera general, la concepción de la enfermedad, estuvieron dominadas por este equívoco: el hospital, estructura de recepción de la enfermedad, ¿debe ser un espacio de conocimiento o un lugar de prueba?

De allí toda una serie de problemas que atravesaron el pensamiento y la práctica de los médicos. He aquí algunos:

1) La terapéutica consiste en suprimir el mal, reducirlo a la inexistencia; pero, para que esa terapéutica sea racional, para que pueda fundarse como verdad, ¿no debe permitir el desarrollo de la enfermedad? ¿Cuándo hay que intervenir, y en qué sentido? ¿Acaso hay que intervenir? ¿Es preciso actuar para que la enfermedad se desarrolle o para que se detenga? ¿Para mitigarla o para guiarla a su término?

2) Hay enfermedades y modificaciones de enfermedades. Enfermedades puras e impuras, simples y complejas. ¿No hay en definitiva una sola enfermedad, de la cual todas las demás son formas más o menos lejanamente derivadas, o debemos admitir categorías irreductibles? (Discusión entre Broussais y sus adversarios con respecto a la noción de irritación. Problema de las fiebres esenciales.)

3) ¿Qué es una enfermedad normal? ¿Qué es una enfermedad que sigue su curso? ¿Una enfermedad que lleva a la muerte o una enfermedad que cura de manera espontánea, una vez terminada su evolución? Así se interrogaba Bichat sobre la posición de la enfermedad entre la vida y la muerte.

Conocemos la prodigiosa simplificación que la biología pasteuriana introdujo en todos estos problemas. Al determinar el agente del mal y establecer su carácter de organismo singular, esa biología permitió que el hospital se convirtiera en un lugar de observación, de diagnóstico, de señalamiento clínico y experimental, pero también de intervención inmediata, de contraataque enfrentado a la invasión microbiana.

En cuanto a la función de la prueba, se advierte que puede desaparecer. El lugar de producción de la enfermedad será el laboratorio, la probeta; pero en él la enfermedad no se concreta en una crisis; su proceso se reduce a un mecanismo que se hace amplificar; se la transforma en un fenómeno verificable y controlable. El medio hospitalario ya no debe ser para la enfermedad el ámbito favorable a un acontecimiento decisivo; permite simplemente una reducción, una transferencia, una amplificación, una constatación; la prueba se transforma en prueba en la estructura técnica del laboratorio y la representación del médico.

Si se quisiera hacer una "etnoepistemología" del personaje médico, habría que decir que la revolución pasteuriana lo privó de su papel sin duda milenario en la producción ritual y la prueba de la enfermedad. Y la desaparición de ese papel resultó por cierto más dramática por cuanto Pasteur no sólo mostró *que el médico no tenía que ser el productor de la enfermedad* "en su verdad", sino que, por ignorancia de la verdad, se había erigido millares de veces en su propagador y reproductor: el médico de hospital que iba de cama en cama era uno de los grandes agentes de contagio. Pasteur asestaba a los médicos una enorme herida narcisista que ellos tardaron mucho en perdonarle: esas manos del médico que debían recorrer el cuerpo del enfermo, palparlo, examinarlo, esas manos que debían descubrir la enfermedad, sacarla a la luz, mostrarla, fueron designadas por Pasteur como portadoras del mal. El espacio hospitalario y el saber del médico habían tenido hasta entonces la función de producir la venta "crítica" de la enfermedad; y resulta que el cuerpo del médico y el amontonamiento hospitalario aparecían ahora como productores de su realidad.

La aseptización del médico y el hospital les dio una nueva inocencia, de la cual ellos extrajeron nuevos poderes y un nuevo estatus en la imaginación de los hombres. Pero ésa es otra historia.

* * *

Estas breves anotaciones pueden ayudar a comprender la posición del loco y el psiquiatra dentro del espacio asilar.

Existe sin duda una correlación histórica entre dos hechos: antes del siglo XVIII, la locura no era objeto de una internación sistemática; y se la consideraba en esencia como una forma del error o la ilusión. Aún a principios de la edad clásica, se concebía su pertenencia a las quimeras del mundo; podía vivir en medio de éstas y sólo debía separársela de ellas cuando adoptaba formas extremas o peligrosas. En esas circunstancias, es de entender que el lugar privilegiado en que la locura podía y debía resplandecer en su verdad no fuera el espacio artificial del hospital. Entre los lugares terapéuticos que gozaban de reconocimiento estaba en primer lugar la naturaleza, por ser la forma visible de la verdad; tenía en sí el poder de disipar el error y desvanecer las quimeras. Las prescripciones dadas por los médicos eran entonces de buena gana el viaje, el reposo, el paseo, el retiro, la ruptura con el mundo artificial y vano de la ciudad. Esquirol lo recordaría cuando, al proyectar los planos de un hospital psiquiátrico, aconsejaba que cada patio tuviera una amplia vista de un jardín. El otro lugar terapéutico en uso era el teatro, naturaleza invertida: se representaba para el enfermo la comedia de su propia enfermedad, se la ponía en escena, se le prestaba por un instante una realidad ficticia, se hacía, a fuerza de decorados y disfraces, como si fuera verdadera, pero de tal manera que, sorprendido en esa trampa, el error terminara por manifestarse a los ojos mismos de quien era su víctima. Tampoco esta técnica desapareció por completo con los inicios del siglo XIX; Esquirol, por ejemplo, recomendaba entablar procesos a los melancólicos para estimular su energía y su afición a la pelea.

La práctica de la internación a principios del siglo XIX coincide con el momento en que la locura comienza a ser percibida menos en relación con el error que en relación con la conducta regular y normal; cuando deja de aparecer como juicio perturbado y se muestra, en cambio, como trastorno en

la manera de obrar, de querer, de experimentar pasiones, de tomar decisiones y de ser libre; en resumen, cuando ya no se inscribe en el eje verdad-error-conciencia, sino en el eje pasión-voluntad-libertad: momento de Hoffbauer y Esquirol. "Hay alienados cuyo delirio es apenas visible; no los hay cuyas pasiones y afectos morales no sean desordenados, pervertidos o estén aniquilados [...] La disminución del delirio sólo es un signo certero de curación cuando los alienados vuelven a sus primeros afectos".[1] ¿Cuál es, en efecto, el proceso de la curación? ¿El movimiento por el cual el error se disipa y la verdad vuelve a salir a la luz? No; es "el retorno de los afectos morales a sus justos límites, el deseo de volver a ver a los amigos y los hijos, las lágrimas de la sensibilidad, la necesidad de expandir el corazón, de reencontrarse en medio de la familia, de retomar los propios hábitos".[2]

¿Cuál podrá ser entonces el papel del asilo en ese movimiento de retorno de las conductas regulares? Por supuesto, tendrá ante todo la función que se atribuía a los hospitales en las postrimerías del siglo XVIII: permitir descubrir la verdad de la enfermedad mental, desechar todo lo que es susceptible, en el medio del enfermo, de enmascararla, mezclarla, darle formas aberrantes, y también alimentarla y revigorizarla. Pero más aún que un ámbito de develamiento, el hospital cuyo modelo propuso Esquirol es un lugar de afrontamiento; la locura, voluntad trastornada, pasión pervertida, debe toparse en él con una voluntad recta y pasiones ortodoxas. El cara a cara con ellas, el choque inevitable y, en rigor, deseable, producirán dos efectos: la voluntad enferma, que podía perfectamente ser inasible porque no se expresaba en ningún delirio, sacará a plena luz del día su mal en virtud de la resistencia que ha de oponer a la voluntad recta del médico; por otra parte, la lucha que se entabla a partir de ese momento deberá, si se libra de la manera adecuada, llevar a la victoria de la voluntad recta y a la sumisión, al renunciamiento de la voluntad trastornada. Un proceso, en consecuencia, de oposición, lucha y

[1] Jean Étienne Dominique Esquirol, "De la folie" (1816), en *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, París, J.-B. Baillière, 1838, t. I, p. 16 (reedición, París, Frénésie, 1989, col. "Les Introuvables de la psychiatrie") [trad. esp.: *Memorias sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Dorsa, 1991]. [Las notas al pie de este resumen pertenecen a los editores del curso. (N. del T.)]

[2] *Ibid.*

dominación. "Es menester aplicar un método perturbador, quebrar el espasmo mediante el espasmo [...] Hay que subyugar la totalidad del carácter de ciertos enfermos, vencer sus pretensiones, domesticar su arrebato, quebrantar su orgullo, mientras que es preciso excitar, alentar a los otros".[3]

De tal modo se introduce la muy curiosa función del hospital psiquiátrico del siglo XIX: lugar de diagnóstico y de clasificación, rectángulo botánico donde las especies de enfermedades se distribuyen en patios cuya disposición evoca un vasto huerto, pero también espacio cerrado para un enfrentamiento, sede de una justa, campo institucional en el que se juegan la victoria y el sometimiento. El gran médico de asilo –se trate de Leuret, Charcot o Kraepelin– es a la vez quien puede decir la verdad de la enfermedad por el saber que tiene sobre ella y quien puede producir la enfermedad en su verdad y someterla en la realidad, gracias al poder que su voluntad ejerce sobre el propio enfermo. Todas las técnicas o procedimientos puestos en práctica en los asilos del siglo XIX –el aislamiento, el interrogatorio privado o público, los tratamientos con carácter de castigo como la ducha, las conversaciones morales (aliento o reprimendas), la disciplina rigurosa, el trabajo obligatorio, las recompensas, las relaciones preferenciales entre el médico y algunos de sus pacientes, las relaciones de vasallaje, de posesión, de domesticidad y a veces de servidumbre entre el enfermo y el médico– tienen por función hacer del personaje médico el "amo de la locura": quien la hace aparecer en su verdad *(cuando ella se oculta, cuando está enterrada o silenciosa) y quien la domina*, la apacigua y la reabsorbe luego de haberla desatado con su ciencia.

Digamos entonces de una manera esquemática: en el hospital pasteuriano, la función "producir la verdad" de la enfermedad no dejó de desdibujarse, y el médico productor de verdad desaparece en una estructura de conocimiento. En el hospital de Esquirol o Charcot, por el contrario, la función "producción de la verdad" se hipertrofia, se exalta en torno del personaje del médico. Y ello en un juego en el cual lo que está en cuestión es el sobrepoder del médico. Charcot, taumaturgo de la histeria, es sin lugar a dudas el personaje más altamente simbólico de este tipo de funcionamiento.

Ahora bien, esa exaltación se produce en una época en que el poder médico encuentra sus garantías y justificaciones en los privilegios del conoci-

[3] *Ibid.*, § V, "Traitement de la folie", pp. 132-133.

miento: el médico es competente, conoce las enfermedades y a los enfermos, posee un saber científico tan digno como el del químico o el biólogo; tales son los elementos que ahora le sirven de base para intervenir y decidir. El poder que el asilo proporciona al psiquiatra, por lo tanto, deberá justificarse (y enmascararse al mismo tiempo como sobrepoder primordial) produciendo fenómenos en condiciones de integrarse a la ciencia médica. Se entiende por qué la técnica de la hipnosis y la sugestión, el problema de la simulación y el diagnóstico diferencial entre enfermedad orgánica y enfermedad psicológica fueron durante tantos años (por lo menos de 1860 a 1890) el centro de la práctica y la teoría psiquiátricas. El punto de perfección, de demasiado milagrosa perfección, se alcanzó cuando las enfermas del servicio de Charcot comenzaron a reproducir, a solicitud del poder-saber médico, una sintomatología cuyas normas se extraían de la epilepsia, es decir, una sintomatología susceptible de ser descifrada, conocida y reconocida en los términos de una enfermedad orgánica.

Episodio decisivo en el cual se redistribuyen y terminan por superponerse con exactitud las dos funciones del asilo (prueba y producción de la verdad, por una parte; constatación y conocimiento de los fenómenos, por otra). El poder del médico le permite producir en lo sucesivo la realidad de una enfermedad mental cuya característica consiste en reproducir fenómenos enteramente accesibles al conocimiento. La histérica era la enferma perfecta porque daba a conocer: retranscribía por sí misma los efectos del poder médico en formas que el médico podía describir de acuerdo con un discurso científicamente aceptable. En cuanto a la relación de poder que hacía posible toda esta operación, ¿cómo habría podido ser detectada en su papel determinante? En efecto, las enfermas –virtud suprema de la histeria, docilidad sin igual, verdadera santidad epistemológica– la hacían suya y aceptaban su responsabilidad: esa relación aparecía, en la sintomatología, como sugestibilidad mórbida. Todo se desplegaba ahora en la limpidez del conocimiento purificado de todo poder, entre el sujeto cognosciente y el objeto conocido.

* * *

Hipótesis: la crisis se inició y la era aún apenas esbozada de la antipsiquiatría comenzó cuando se tuvo la sospecha, y muy pronto la certeza, de que Charcot

producía efectivamente la crisis de histeria que describía. Tenemos aquí, en parte, el equivalente del descubrimiento hecho por Pasteur en el sentido de que el *médico transmitía las enfermedades que supuestamente debía* combatir.

Me parece, en todo caso, que todas las grandes sacudidas que estremecieron la psiquiatría desde fines del siglo XIX pusieron esencialmente en cuestión el poder del médico. Su poder y el efecto que producía en el enfermo, más que su saber y la verdad de lo que decía sobre la enfermedad. Digamos con mayor precisión que, de Bernheim a Laing o Basaglia, lo que se puso en entredicho fue la implicación del poder del médico en la verdad de lo que éste decía y, a la inversa, la posibilidad de que esa verdad fuera fabricada y comprometida por su poder. Cooper ha dicho: "La violencia está en el centro de nuestro problema".[4] Y Basaglia: "La característica de esas instituciones (escuela, fábrica, hospital) es una separación tajante entre quienes tienen el poder y quienes no lo tienen".[5] Todas las grandes reformas, no sólo de la práctica psiquiátrica sino del pensamiento psiquiátrico, se sitúan en torno de esa relación de poder: constituyen otras tantas tentativas de desplazarla, enmascararla, eliminarla, anularla. El conjunto de la psiquiatría moderna está, en el fondo, atravesado por la antipsiquiatría, si se entiende por ello todo lo que pone en cuestión el papel del psiquiatra encargado antaño de producir la verdad de la enfermedad en el espacio hospitalario.

Podríamos hablar, entonces, de las antipsiquiatrías que atravesaron la historia de la psiquiatría moderna. Pero tal vez sea mejor distinguir con cuidado dos procesos que son perfectamente distintos desde el punto de vista histórico, epistemológico y político.

[4] David Cooper, *Psychiatry and Antipsychiatry*, Londres, Tavistock Publications, 1967 (trad. francesa: *Psychiatrie et antipsychiatrie*, trad. de M. Braudeau, París, Seuil, 1970, col. "Le Champ freudien", cap. 1, "Violence et psychiatrie", p. 33 [trad. esp.: *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Barcelona, Paidós, 1985]).

[5] Franco Basaglia (comp.), "L'Istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico", en *Nuovo Politecnico*, 19, Turín, 1968 (trad. francesa: "Les institutions de la violence", en *L'Institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*, trad. de L. Bonalumi, París, Seuil, 1970, col. "Combats" [trad. esp.: *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Barcelona, Barral, 1972]).

Surgió en primer lugar el movimiento de "despsiquiatrización", aparecido muy poco después de Charcot. Se trataba, a la sazón, no tanto de anular el poder del médico como de desplazarlo en nombre de un saber más exacto, darle otro punto de aplicación y nuevas medidas. Despsiquiatrizar la medicina mental para restablecer en su justa eficacia un poder médico que la imprudencia (o la ignorancia) de Charcot había arrastrado a producir de manera abusiva enfermedades, y por ende falsas enfermedades.

Una primera forma de despsiquiatrización comienza con Babinski, en quien encuentra su héroe crítico. En vez de procurar producir teatralmente la verdad de la enfermedad, vale más intentar reducirla a su estricta realidad, que con frecuencia no es, quizá, sino la aptitud de dejarse teatralizar: pitiatismo. En lo sucesivo, la relación de dominación del médico sobre el enfermo no sólo no perderá nada de su rigor, sino que éste se aplicará a reducir la enfermedad a su estricto mínimo: los signos necesarios y suficientes para que pueda ser diagnosticada como enfermedad mental, y las técnicas indispensables para que esas manifestaciones desaparezcan.

Se trata, de algún modo, de pasteurizar el hospital psiquiátrico, obtener en el asilo el mismo efecto de simplificación impuesto por Pasteur a los hospitales generales: articular directamente entre sí el diagnóstico y la terapéutica, el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad y la supresión de sus manifestaciones. El momento de la prueba, cuando la enfermedad se manifiesta en su verdad y llega a su consumación, ya no tiene que figurar en el proceso médico. El hospital puede convertirse en un lugar silencioso donde la forma del poder médico se mantiene en sus aspectos más estrictos, pero sin que éste tenga que encontrar o enfrentar la locura misma. Demos a esta forma "aséptica" y "asintomática" de despsiquiatrización el nombre de "psiquiatría de producción cero"; la psicocirugía y la psiquiatría farmacológica son sus dos formas más notables.

Otra forma de despsiquiatrización, exactamente inversa de la precedente. Se trata de hacer lo más intensa posible la producción de la locura en su verdad, pero de tal modo que las relaciones de poder entre médico y enfermo se movilicen puntualmente en esa producción, que sean adecuadas a ésta, no se dejen desbordar por ella y puedan mantener su control. La primera condición para ese mantenimiento del poder médico "despsiquiatrizado" es el desplazamiento fuera del circuito de todos los efectos propios del espacio

asilar. Es preciso evitar ante todo la trampa en la cual cayó la taumaturgia de Charcot; impedir que la obediencia hospitalaria se burle de la autoridad médica y que, en ese lugar de las complicidades y los oscuros saberes colectivos, la ciencia soberana del médico se vea envuelta en mecanismos que ella misma haya producido de manera involuntaria. Por lo tanto, regla del cara a cara; por lo tanto, regla del libre contrato entre el médico y el enfermo; por lo tanto, regla de la limitación de todos los efectos de la relación solo al nivel del discurso ("Te pido una sola cosa: decir, pero decir efectivamente, todo lo que te pasa por la cabeza"); por lo tanto, regla de la libertad discursiva ("Ya no podrás jactarte de engañar a tu médico, porque ya no responderás a preguntas planteadas; dirás lo que se te ocurra, sin que debas siquiera preguntarme qué pienso de ello, y, si deseas engañarme infringiendo esa regla, no me engañaré verdaderamente; tú mismo caerás en la trampa, pues habrás perturbado la producción de la verdad e incrementado con algunas sesiones más la suma que me debes"); por lo tanto, regla del diván que sólo otorga realidad a los efectos producidos en ese lugar privilegiado y durante esa hora singular en la cual se ejerce el poder del médico, un poder que no puede quedar atrapado en ningún efecto de contragolpe, pues está completamente retirado en el silencio y la invisibilidad.

El psicoanálisis puede descifrarse históricamente como la otra gran forma de la despsiquiatrización provocada por el trauma charcotiano: retirada fuera del espacio asilar para borrar los efectos paradójicos del sobrepoder psiquiátrico; pero reconstitución del poder médico, productor de verdad, en el espacio dispuesto para que esa producción sea siempre adecuada a dicho poder. La noción de transferencia, como proceso esencial de la cura, es una manera de pensar conceptualmente esa adecuación en la forma del conocimiento; el desembolso de dinero, contrapartida monetaria de la transferencia, es una manera de garantizarla en la realidad: un modo de impedir que la producción de la verdad se convierta en un contrapoder que trampee, anule y derribe el poder del médico.

A esas dos grandes formas de despsiquiatrización, ambas conservadoras del poder, una porque anula la producción de verdad, otra porque intenta adecuar producción de verdad y poder médico, se opone la antipsiquiatría.

Más que de una retirada fuera del espacio asilar, se trata de su destrucción sistemática por un trabajo interno; y es cuestión de transferir al propio

enfermo el poder de producir su locura y la verdad de ésta, en vez de procurar reducirla a cero. A partir de allí se puede comprender, creo, lo que está en juego en la antipsiquiatría, que no es en absoluto el valor de verdad de la psiquiatría en términos de conocimiento (de exactitud diagnóstica o de eficacia terapéutica).

En el núcleo de la antipsiquiatría, la lucha con, en y contra la institución. Cuando a principios del siglo XIX se establecieron las grandes estructuras asilares, se las justificaba aduciendo una maravillosa armonía entre las exigencias del orden social –que exigía protección contra el desorden de los locos– y las necesidades de la terapéutica, que demandaban el aislamiento de los enfermos. Para justificar el aislamiento de los locos, Esquirol mencionaba cinco razones principales: 1) garantizar su seguridad personal y la de su familia; 2) liberarlos de las influencias externas; 3) vencer sus resistencias personales; 4) someterlos a un régimen médico, y 5) imponerles nuevos hábitos intelectuales y morales. Como se ve, todo es cuestión de poder; dominar el poder del loco, neutralizar los poderes exteriores susceptibles de ejercerse sobre él; someterlo a un poder de terapéutica y domesticación: de "ortopedia". Ahora bien, la antipsiquiatría acomete sin duda contra la institución como lugar y forma de distribución y mecanismo de esas relaciones de poder. Bajo las justificaciones de una internación que presuntamente permite, en un ámbito purificado, comprobar lo que es e intervenir donde, cuando y como corresponda, pone en evidencia las relaciones de dominación propias de la relación institucional: "El puro poder del médico", dice Basaglia al constatar en el siglo XX los efectos de las prescripciones de Esquirol, "aumenta tan vertiginosamente como disminuye el poder del enfermo; éste, por el mero hecho de estar internado, se convierte en un ciudadano sin derechos, entregado a la arbitrariedad del médico y los enfermeros, que pueden hacer de él lo que quieran sin posibilidad de apelación".[6] Me parece que podríamos situar las diferentes formas de antipsiquiatría según su estrategia con respecto a esos juegos del poder institucional: escapar de ellos en la forma de un contrato dual y libremente consentido por una y otra parte (Szasz); organizar un lugar privilegiado donde deben ser suspendidos o perseguidos si logran re-

[6] Franco Basaglia, *L'Institution en négation...*, *op. cit.*, p. 111.

constituirse (Kingsley Hall); señalarlos uno a uno y destruirlos progresivamente dentro de una institución de tipo clásico (Cooper, en el pabellón 21); religarlos a las otras relaciones de poder que en el exterior del asilo ya hayan podido determinar la segregación de un individuo como enfermo mental (Gorizia). Las relaciones de poder constituían el *a priori* de la práctica psiquiátrica: condicionaban el funcionamiento de la institución asilar, distribuían en ella las relaciones entre los individuos, regían las formas de la intervención médica. La inversión característica de la antipsiquiatría consiste, al contrario, en ponerlas en el centro del campo problemático y cuestionarlas de manera primordial.

Ahora bien, lo que estaba implicado en primer término en esas relaciones de poder era el derecho absoluto de la no-locura sobre la locura. Derecho transcripto en términos de competencia ejercida sobre una ignorancia, de buen sentido (de acceso a la realidad), corrector de los errores (ilusiones, alucinaciones, fantasmas), de normalidad impuesta al desorden y la desviación. Este triple poder constituía la locura como objeto de conocimiento posible para una ciencia médica, la constituía como enfermedad en el momento mismo en que el "sujeto" afectado por ella era descalificado como loco, es decir, despojado de todo poder y todo saber en cuanto a su enfermedad: "De tu sufrimiento y tu singularidad sabemos cosas suficientes (que ni sospechas) para reconocer que son una enfermedad; pero conocemos esa enfermedad lo bastante para saber que no puedes ejercer sobre ella y con respecto a ella ningún derecho. Nuestra ciencia permite llamar enfermedad a tu locura, y por ello nosotros, los médicos, estamos calificados para intervenir y diagnosticar en ti una locura que te impide ser un enfermo como los demás: serás, por lo tanto, un enfermo mental". Ese juego de una relación de poder que da lugar a un conocimiento, fundamento a su vez de los derechos de ese poder, caracteriza la psiquiatría "clásica". La antipsiquiatría se propone deshacer ese círculo: al dar al individuo la tarea y el derecho de llevar su locura hasta el final, en una experiencia a la cual los otros pueden contribuir, pero nunca en nombre de un poder que les sea conferido por su razón o su normalidad; al apartar las conductas, los padecimientos, los deseos del estatus médico que se les había otorgado, liberándolos de un diagnóstico y una sintomatología que no sólo tenían valor de clasificación sino de decisión y decreto, y al invalidar, por último, la gran retranscripción de la locura como

enfermedad mental que se había emprendido desde el siglo XVII y consumado en el siglo XX.

La desmedicalización de la locura es correlativa de este cuestionamiento primordial del poder en la práctica antipsiquiátrica. Y en ello podemos apreciar la oposición de ésta a la "despsiquiatrización", que parece caracterizar tanto al psicoanálisis como a la psicofarmacología, ambos dependientes, antes bien, de una sobremedicalización de la locura. Finalmente queda abierto el problema de la eventual liberación de la locura con respecto a esa forma singular de poder-saber que es el conocimiento. ¿Es posible que la producción de la verdad de la locura pueda efectuarse en formas que no son las de la relación de conocimiento? Problema ficticio, se dirá, cuestión que sólo tiene su lugar en la utopía. De hecho, se plantea concretamente todos los días con referencia al papel del médico –del sujeto estatutario del conocimiento– en la empresa de despsiquiatrización.

* * *

El seminario se dedicó de manera alternativa a dos temas: la historia de la institución y la arquitectura hospitalaria en el siglo XVIII, y el estudio de la pericia médico-legal en materia psiquiátrica desde 1820.

Situación del curso

Dictado entre el 7 de noviembre de 1973 y el 6 de febrero de 1974, el curso dedicado al "Poder psiquiátrico" mantiene con trabajos anteriores una relación paradójica. Una relación que es de continuidad, en cuanto se inscribe, como lo señala el propio Michel Foucault, en el "punto de llegada o, en todo caso, de interrupción del trabajo que hice antaño en la *Historia de la locura*" (clase del 7 de noviembre de 1973). Y, de hecho, esa obra representaba una apertura para investigaciones venideras, que habrían de restituir "el fondo constitutivo, pero históricamente móvil, que hizo posible el desarrollo de los conceptos desde Esquirol y Broussais hasta Janet y Freud".[1] Cosa que confirmará una entrevista (inédita) realizada por Colin Gordon y Paul Patton el 3 de abril de 1978: "Cuando escribí la *Historia de la locura*, mi intención era que fuera el primer capítulo o el comienzo de un estudio que debía llegar hasta el presente".

Pero la relación también es de discontinuidad, como lo testimonian las declaraciones preocupadas por marcar los desplazamientos y, según las propias palabras de Foucault, "advertir lo que se ha hecho desde una perspectiva diferente y bajo una luz más nítida".[2] Las primeras obras se interesaban más en la "enfermedad mental" que en la "medicina mental",[3] y el prefacio de la

[1] Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, 2ª ed., París, Gallimard, 1972, col. "Bibliothèque des histoires", p. 541 [trad. esp.: *Historia de la locura en la época clásica*, 2 vols., México, Fondo de Cultura Económica, 1976].

[2] Michel Foucault, *Dits et Écrits, 1954-1988*, edición establecida por Daniel Defert y François Ewald, con la colaboración de Jacques Lagrange, París, Gallimard, 1994, 4 vols. (en lo sucesivo *DE*); cf. IV, núm. 338, "Usage des plaisirs et techniques de soi" (noviembre de 1983), p. 545.

[3] Michel Foucault, *Maladie mentale et personnalité*, París, Presses Universitaires de France, 1954, col. "Initiation philosophique", y *Maladie mentale et psychologie*, edición modificada,

primera edición de *Historia de la locura* la presentaba como una "historia, no de la psiquiatría, sino de la locura misma, en su vivacidad, con anterioridad a toda captura por el saber".[4] Por eso, si bien el curso retoma el análisis en el punto de culminación de la *Historia de la locura*, desplaza su objetivo y modifica el terreno donde se despliega, así como las herramientas conceptuales que pone en juego. De allí el interrogante: ¿qué fue lo que hizo posibles y necesarios esos desplazamientos? Para responderlo, debemos comprender la producción de este curso, no sólo en la dinámica conceptual que llevó a asignar un lugar significativo y estratégico al poder y sus dispositivos, sino también en el campo de los problemas a los cuales la psiquiatría debía hacer frente en la década de 1970, y que pusieron en primer plano la cuestión de su poder.

1. Motivo del curso

La primera clase preveía tomar como punto de partida la situación actual de la psiquiatría a la luz de los aportes hechos por la antipsiquiatría a un recentramiento de las cuestiones en torno de las "relaciones de poder [que] condicionaban el funcionamiento de la institución asilar [...], regían las formas de la intervención médica",[5] y efectuar, desde el presente, análisis retrospectivos de la formación histórica de ese dispositivo de poder. Lo cual confiere su especificidad a esta manera de escribir la historia de la psiquiatría.[6] A diferencia de enfoques consagrados a reconstruir la evolución de los conceptos y las doctrinas o a analizar el funcionamiento de las instituciones en las cua-

París, Presses Universitaires de France, 1962, col. "Initiation philosophique" [trad. esp.: *Enfermedad mental y personalidad*, Buenos Aires, Paidós, 1991].

[4] Michel Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Plon, 1961, prefacio, p. VII; *DE*, I, núm. 4, p. 164.

[5] *DE*, II, núm. 143, p. 685; cf. *supra*, p. 394.

[6] Especificidad con respecto a estudios de la historia de la psiquiatría anteriores o posteriores al curso. Cf. en especial Erwin Heinz Ackerknecht, *A Short History of Psychiatry* (1959), Nueva York, Hafner, 1968 [trad. esp.: *Breve historia de la psiquiatría*, Buenos Aires, Eudeba, 1964].

les la psiquiatría ejerce sus efectos, esta manera de hacer la historia del dispositivo psiquiátrico pretende revelar sus líneas de fuerza o de fragilidad, puntos de resistencia o de ataques posibles. Así, ya no se trata, como sucedía en los primeros escritos, de entablar proceso a una psiquiatría acusada de enmascarar bajo sus abstracciones nosológicas y su modo de pensar causalista las verdaderas condiciones de la patología mental.[7] Tampoco se trata, como en la *Historia de la locura*, de comprender por qué, en la historia de nuestras relaciones con los locos, se instaló a éstos en un momento determinado en algunas instituciones específicas supuestamente destinadas a atenderlos. La tarea, en lo sucesivo, consiste en hacer que la historia sirva para poner en evidencia las oscuras relaciones de continuidad que vinculan nuestros dispositivos actuales a fundamentos antiguos ligados a tal o cual sistema de poder, con el objetivo de sacar a la luz objetivos de lucha: "En el dominio de la psiquiatría", declaraba Foucault en mayo de 1973, "me parece interesante conocer cómo se instauraron el saber psiquiátrico, la institución psiquiátrica, a principios del siglo XIX [...], si queremos luchar hoy contra todas las instancias de normalización".[8] De allí la novedad de la problemática del curso. En efecto, si en ocasiones se traslucía la sospecha de que la luz de la verdad médica estaba contenida en la sombra de relaciones de fuerza manifestadas en las formas de la autoridad y la dominación,[9] esa sospecha no llegaba al extremo de inducir un análisis del poder, extraordinariamente meticuloso y sabia-

[7] Así, la introducción a Ludwig Binswanger, *Le Rêve et l'existence*, trad. de J. Verdeaux, París, Desclée de Brouwer, 1954, col. "Textes et Études anthropologiques", denuncia la inclinación de los psiquiatras a "considerar la enfermedad como un 'proceso objetivo' y al enfermo como una cosa inerte en la cual se desenvuelve el proceso" (p. 104). Cf. también *DE*, I, p. 109.

[8] *DE*, II, núm. 139, "La vérité et les formes juridiques" (junio de 1974), p. 644 [trad. esp.: *La verdad y las formas jurídicas*, Barcelona, Gedisa, 1978]. Cf. también la entrevista realizada en Radio-France el 8 de octubre de 1976, "Punir ou guérir": "Creo que este análisis histórico es políticamente importante en cuanto es preciso situar con exactitud aquello contra lo cual combatimos".

[9] "Si el personaje médico puede circunscribir la locura, no es porque la conozca sino porque la domina; y lo que para el positivismo hará las veces de objetividad no es sino la otra vertiente, la consecuencia de esa dominación"; M. Foucault, *Histoire de la folie...*, *op. cit.* (1972), p. 606.

mente jerarquizado, constitutivo del asilo. En lo concerniente al poder, Foucault reconocía *a posteriori*: "Tengo plena conciencia de no haber utilizado la palabra casi nunca ni tenido ese campo de análisis a mi disposición".[10]

El papel protagónico asumido por el problema del poder psiquiátrico obedece sin duda a la conjunción de dos elementos: uno, propio de la dinámica conceptual de las investigaciones de Foucault, otro, correspondiente a la coyuntura de la década de 1970.

El desplazamiento efectuado por Foucault lo condujo a sustituir las referencias a la "violencia" institucional y los modos de "dominación" por lo que denomina, en el curso del Collège de France de 1971-1972, "Théories et institutions pénales", "las formas fundamentales del 'poder-saber'".[11] Recentramiento ligado, indudablemente, al interés prestado a las pericias médico legales –objeto de su seminario– que lo enfrentaban a la necesidad de pensar cómo y por qué un discurso de pretensiones científicas, pero también dudoso, acarreaba consigo tales efectos de poder en materia de práctica penal. Interés alimentado por casos que habían suscitado un gran eco: los de Denise Labbé y Jacques Algarron en 1955 o el de Georges Rapin en 1960, mencionados el 8 de enero de 1975 en su curso *Los anormales*.[12] Fue también la atención consagrada a los problemas de la prisión la que lo convenció de que el problema del poder debía abordarse "en términos de tecnología, en términos de táctica y estrategia".[13] Pero al mismo tiempo fue preciso que la coyuntura hiciera que la cuestión de la psiquiatría ya no se presentara en términos de justificación teórica, como ocurría en la década de 1950, cuando, recuerda M. Foucault, "uno de los grandes problemas planteados era el del estatus político de la ciencia y de las funciones ideoló-

[10] *DE*, III, núm. 192: entrevista realizada por A. Fontana y P. Pasquino (junio de 1976), p. 146.

[11] *DE*, II, núm. 115, "Théories et institutions pénales" (1972), p. 390.

[12] Michel Foucault, *Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*, edición establecida por Valerio Marchetti y Antonella Salomoni bajo la dirección de François Ewald y Alessandro Fontana, París, Gallimard/Seuil, 1999, col. "Hautes Études", pp. 16-20, 35 y 143-144 [trad. esp.: *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2000].

[13] *DE*, III, núm. 197, "Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps" (enero de 1977), p. 229.

gicas que ella podía vehicular",[14] y en cambio pusiera repentinamente de manifiesto esa roca elemental: el poder. ¿Quién tiene el poder? ¿Sobre quién se ejerce? ¿Con respecto a qué se ejerce? ¿Cómo funciona? ¿Para qué sirve? ¿Cuál es su lugar entre otros poderes?[15]

Es cierto, la primera respuesta a la crisis de la psiquiatría en la posguerra fue al menos tan política como médica. Así sucedió con el movimiento "desalienista" iniciado por el psiquiatra comunista Lucien Bonnafé, que se atribuía el objetivo de "desencerrar la mirada sobre este complejo alienado/alienante constituido, con el auxilio de la ciencia de la 'alienación' [...], en un orden conforme a los principios y usos de un orden social que excluye los factores que lo perturban".[16]

Sin embargo, en esas denuncias de un alienismo acusado de complicidad con procedimientos de discriminación y conductas de exclusión no lograba formularse la cuestión del "poder" psiquiátrico como tal. Había varias razones para ello.

Ante todo, porque la herencia de la guerra llevaba a plantearse no tanto la cuestión del poder psiquiátrico como la de la "miseria de la psiquiatría".[17] A continuación, como lo señala Michel Foucault, porque "los psiquiatras que en Francia, por motivos de elección política, habrían estado en condiciones de cuestionar el aparato psiquiátrico [...], se veían impedidos por una situación política en la cual no había, en el fondo, deseo alguno de que esa cuestión se planteara, a causa de lo que sucedía en la Unión Soviética".[18]

[14] *DE*, III, núm. 192, *op. cit.*, p. 140.

[15] Cf. *supra*, "Resumen del curso".

[16] Lucien Bonnafé, "Sources du désaliénisme", en *Désaliéner? Folie(s) et société(s)*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail/Privat, 1991, p. 221.

[17] *Esprit*, año XX, diciembre de 1952, "Misère de la psychiatrie. La vie asilaire. Attitudes de la société (textes de malades, de médecins, d'un infirmier, dénonçant la vie asilaire chronicisante, la surpopulation, le règlement modèle de 1838)". Michel Foucault menciona ese "notable número de *Esprit*" en *Maladie mentale et personnalité*, *op. cit.*, p. 109, nota 1.

[18] Alusión a los casos de internación arbitraria, los más célebres de los cuales son los del general Grigorenko, detenido en febrero de 1964 bajo la acusación de actividades antisoviéticas e internado en el Instituto Serbski de Moscú, y el de Vladimir Borissov, internado en el hospital psiquiátrico especial de Leningrado, y por cuya liberación Victor Fainberg encabezó una campaña apoyada por intelectuales como David Cooper y Michel Foucault; cf. *DE*, III,

Por último, aunque la crítica bien pueda poner en entredicho los medios a disposición de la práctica psiquiátrica y denunciar las contradicciones entre lo que la institución psiquiátrica pretende hacer y lo que hace en concreto, lo cierto es que sólo se enuncia en función del proyecto institucional y los criterios establecidos por él, al proponer nuevas modalidades de intervención más flexibles, más alejadas del modelo "médico", y convocar a una "psiquiatría diferente", para retomar la expresión de Lucien Bonnafé y Tony Laîné.[19] Y si este cuestionamiento de las prácticas psiquiátricas no desembocó en el *problema del "poder psiquiátrico", fue sin* duda *porque las luchas entabladas* no pudieron superar el marco del corporativismo de la disciplina y la defensa del cuerpo médico de los hospitales psiquiátricos, como destaca Foucault: "A causa del estatus de los psiquiatras, en su mayoría funcionarios, muchos se vieron en la necesidad de cuestionar la psiquiatría desde el punto de vista de la defensa sindical. Así, esas personas, que por sus capacidades, intereses y amplitud de criterio acerca de tantas cosas habrían podido plantear los problemas de la psiquiatría, cayeron en callejones sin salida".[20] En consecuencia, el problema del poder sólo pudo encontrar una forma de expresión en una modalidad derivada: la lucha sindical del cuerpo médico de los hospitales *psiquiátricos. Según señala Foucault, los psiquiatras "han sido capaces de* oponerse a la medicina y a la administración sin poder liberarse ni de una ni de otra".[21]

Fue menester entonces que, desde afuera, intervinieran ciertos acontecimientos para plantear a la psiquiatría la cuestión de su "poder". Con poste-

---

núm. 209, "Enfermement, psychiatrie, prison" (octubre de 1977), pp. 332-360 [trad. esp.: "Encierro, psiquiatría, prisión", en *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, Madrid, Alianza, 2001]. Se trata también de la internación del disidente Wladimir Boukovski en el otoño de 1971; véase Wladimir Boukovski, *Une nouvelle maladie mentale en URSS: l'opposition*, París, Seuil, 1971, col. "Combats".

[19] Tony Laîné, "Une psychiatrie différente pour le malaise à vivre", en *La Nouvelle Critique*, 59, diciembre de 1972; reeditado en las Éditions de la Nouvelle Critique, abril de 1973, pp. 23-36.

[20] *DE*, IV, núm. 281, entrevista realizada por D. Trombadori (fines de 1978), p. 61.

[21] *DE*, II, núm. 163, entrevista realizada por C. Bojunga y R. Lobo (noviembre de 1975), p. 813.

rioridad a 1968, un nuevo activismo político cuestionó la facultad del médico de decidir acerca del estado mental de una persona, y se propuso dar lugar a otro modo de recepción de la locura, liberado de las estructuras y la ideología psiquiátricas. Se desplegaron así luchas sectoriales, dispersas y locales, en las cuales Michel Foucault vio "la insurrección de los saberes sometidos", es decir, descalificados como saberes teóricamente mal elaborados y jerárquicamente inferiores. Así sucedió, por ejemplo, con la lucha de jóvenes psiquiatras cuyas preocupaciones corporativas eran más matizadas y daban cabida a tomas de posición más políticas, y que en 1972, según el modelo del GIP (Groupe Information Prisons), crearon el GIA (Groupe Information Asiles), *pronto relevados por los "psiquiatrizados"*, a *fin de denunciar los escándalos* de internaciones arbitrarias. De allí nuevas alianzas con dichos "psiquiatrizados" que dieron origen a la revista *Psychiatrisés en Lutte*, y la palabra dada a los actores de la salud mental y los enfermos.[22] Así ocurrió también, como contrapunto al Congreso de Psiquiatría y Neurología, "Formación y rol del enfermero en psiquiatría" (Auxerre, septiembre de 1974), con un movimiento animado por enfermeros deseosos de liberarse de una tutela médica acusada de ocultar su práctica y su saber, así como interesados en reintegrar a su trabajo componentes sociales y políticos marginados por el *establishment* psiquiátrico. Nació entonces la Association pour l'Étude et la Réalisation du Livre Blanc des Institutions Psychiatriques (AERLIP) [Asociación para el Estudio y la Realización del Libro Blanco de las Instituciones Psiquiátricas] y apareció el informe de su contracongreso, "Los enfermeros psiquiátricos toman la palabra".[23] Reconociendo en la referencia a una

[22] En abril de 1970 ya había aparecido una revista de extrema izquierda cuya ambición era luchar contra "la psiquiatría de clase": *Cahiers pour la Folie*, uno de cuyos números especiales se dedicó en junio de 1973 al servicio de seguridad para enfermos difíciles del hospital psiquiátrico de Villejuif: *Clés pour Henri Colin*. La revista *Marge* consagró su número de abril-mayo de 1970 a esa *"podredumbre de psiquiatría"*. En noviembre de 1973 apareció un folleto titulado *Psychiatrie: la peur change de camp*, y en diciembre del mismo año salió el número 0 de *Psychiatrie et Lutte de Classe*, que se proponía ser "un lugar de elaboración teórica que 'debe' conducir a la formación de consignas promotoras de una toma de conciencia revolucionaria de los trabajadores 'sociales', en conexión con el combate de la clase obrera" (p. 1). Sobre el papel desempeñado por los "jóvenes psiquiatras", véase *DE*, IV, núm. 281 (ya citado), p. 60.

[23] *Des infirmiers psychiatriques prennent la parole*, París, Capédith, 1974.

"competencia especializada" el elemento que confiere al "poder" del psiquiatra su legitimidad social, algunas corrientes calificadas de "antipsiquiátricas" pretendieron romper con toda atención que redujera la complejidad de la situación del enfermo a un problema técnico cuyo tratamiento debía quedar a cargo de especialistas competentes. Episodio documentado en el título de una obra de Roger Gentis: *La Psychiatrie doit être faite/défaite par tous.*[24]

Como lección de esos movimientos, Michel Foucault podía sostener en junio de 1973 que "la importancia de la antipsiquiatría radica en poner en cuestión el poder del médico de decidir acerca del estado de salud mental de un individuo".[25]

2. *Registro del curso*

El hecho de asignarse un objetivo "histórico-político" que implique el análisis de las condiciones de formación de los saberes y prácticas psiquiátricas a fin de definir "estrategias de lucha" exige un desplazamiento de los puntos de problematización. Es difícil, en efecto, emprender un análisis semejante mientras el reparto histórico de las cartas se vea relativizado por la referencia a algún "fondo" constituyente o, como en *Maladie mentale et psychologie,* a la experiencia originaria de un "hombre verdadero".[26] Por eso, en tanto la *Historia de la locura* pretende reinterpretar "la bella rectitud que conduce al pensamiento racional hasta el análisis de la locura como enfermedad mental [...] en una dimensión vertical",[27] el curso abandona ese imaginario de la profundidad para atenerse a la realidad de los efectos de superficie. Con ello, se propone captar, en el punto donde se forman, las prácticas discursivas de la psiquiatría: un "dispositivo" de poder en el cual se anudan elementos tan heterogéneos como discursos, modos de tratamiento, medidas administrativas y leyes, disposiciones reglamentarias, or-

[24] Marc Burton y Roger Gentis, *La Psychiatrie doit être faite/défaite par tous,* París, Maspero, 1973.

[25] *DE,* II, núm. 126, "Le monde est un grand asile" (junio de 1973), p. 433.

[26] Michel Foucault, *Maladie mentale et psychologie, op. cit.*, p. 2.

[27] Michel Foucault, *Histoire de la folie..., op. cit.* (1972), p. 40.

denamientos arquitectónicos, etc.[28] Problema, por lo tanto, de "vecindad" más que de "fundación". De allí un estilo de análisis obediente a un principio de "dispersión", que desagrega saberes y prácticas para poner de manifiesto sus componentes, restituir sus espacios asociados y establecer conexiones que, de ese modo, den "figura" a la masa documental convocada.

3. Herramientas conceptuales

Este tipo de reanudación, desde cero, del trabajo iniciado por la *Historia de la locura* exige un cambio de las herramientas conceptuales que ese libro ponía en juego. En primer lugar, sustituir por la mención de un "dispositivo de poder" la referencia a las formas de "representación", en la cual se había quedado la *Historia de la locura,* según confesión del mismo Foucault. Así, el curso sustituye un estilo de análisis que ponía en su centro una "especie de núcleo representativo":[29] la imagen vigente de la locura, la obsesión que provocaba, una locura que representaba el carácter "ya presente de la muerte",[30] etc., por la referencia a un "dispositivo de poder" que, en un momento dado, tiene una función estratégica dominante.

En segundo lugar, abandonar el recurso a la noción de "violencia" que servía de base a los análisis de los modos de tratamiento presentados en la segunda y tercera partes de la obra. En efecto, las connotaciones que esta noción acarrea consigo la hacen particularmente inadecuada para el análisis de las relaciones de poder y las tácticas que traman la práctica psiquiátrica. Al sugerir la imagen de una coerción inmediata, del ejercicio de un poder irregular, no meditado, no puede rehabilitar la idea de un ejercicio calculado y meticuloso del poder puesto en acción en el asilo, y del que la "violencia" sólo representa una figura límite. Además, esta noción, que hace del poder una

[28] *DE,* III, núm. 206, "Le jeu de Michel Foucault" (julio de 1977), p. 299 [trad. esp.: "El juego de Michel Foucault", en *Saber y verdad,* Madrid, La Piqueta, 1991]. El 3 de abril de 1978, en una entrevista inédita (mencionada *supra*) realizada por Paul Patton y Colin Gordon, Foucault dirá: "Lo que estudio es una arquitectura".

[29] Cf. *supra,* clase del 7 de noviembre de 1973, p. 29.

[30] Michel Foucault, *Histoire de la folie…, op. cit.* (1972), p. 26.

instancia de efectos exclusivamente negativos: exclusión, represión, prohibición, omite tomar en cuenta la productividad del poder psiquiátrico; éste, por cierto, produce discursos, forma saberes, induce placer, etc. Por último, al implicar junto con ella la idea de una relación de fuerza desequilibrada, que pone al otro en la imposibilidad de hacer otra cosa que aquello a lo que *está obligado, esa noción es muy poco* apta *para presentar* la *complejidad* de los juegos de poder, tal como se manifiesta en esas "grandes maniobras" realizadas por las histéricas en la Salpêtrière, frente al poder médico.[31]

Para terminar, dejar de plantear como referente esencial la "institución" asilar, y pasar a su "exterior" para resituar su constitución y funcionamiento en una tecnología de poder característica de la sociedad. De allí la distancia tomada con respecto a la *Historia de la locura* que, según las palabras del propio Foucault, pretendía ser "una historia [...] de la institución psiquiátrica"

[31] Cf. *supra*, clase del 6 de febrero de 1974 (p. 357), donde se establece la diferencia de la problemática de Michel Foucault con respecto a la de los movimientos antipsiquiátricos anglosajones e italianos que, al proponerse por blanco la "violencia" ejercida por la sociedad en general y la psiquiatría en particular, se ajustan a la figura paradigmática del "esquizofrénico" que, en su negativa a constituir para sí un "falso yo" alienado y sometido a las exigencias sociales, desgarra las máscaras de esa violencia corriente, y gracias al cual, como dice R. Laing, "ha comenzado a hacerse la luz a través de las fisuras de nuestros espíritus cerrados": cf. Ronald Laing, *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*, Londres, Tavistock Publications, 1967 (trad. francesa: *La Politique de l'expérience. Essai sur l'aliénation et l'Oiseau du Paradis*, trad. de C. Elsen, París, Stock, 1969, p. 89) [trad. esp.: *La política de la experiencia. El Ave del Paraíso*, Madrid, Crítica, 1977]. Véanse las obras de David Cooper, *Psychiatry and Antipsychiatry*, Londres, Tavistock Publications, 1967 (trad. francesa: *Psychiatrie et antipsychiatrie*, trad. de M. Braudeau, París, Seuil, 1970, col. "Le Champ freudien") [trad. esp.: *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Barcelona, Paidós, 1985], y David Cooper y Ronald Laing, *Reason and Violence*, Londres, Tavistock Publications, 1964 (trad. francesa: *Raison et violence. Dix ans de la philosophie de Sartre (1950-1960)*, trad. de J.-P. Cottereau, con prólogo de Jean-Paul Sartre, París, Payot, 1972, col. "Petite Bibliothèque Payot") [trad. esp.: *Razón y violencia. Una década del pensamiento sartreano*, Buenos Aires, Paidós, 1973]. Cf. también Franco Basaglia (comp.), "L'Istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico", en *Nuovo Politecnico*, 19, Turín, 1968 (trad. francesa: "Les institutions de la violence", en *L'Institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*, trad. de L. Bonalumi, París, Seuil, 1970, col. "Combats") [trad. esp.: *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Barcelona, Barral, 1972].

y vinculaba la formación del saber psiquiátrico a un proceso de "institucionalización" de la medicina mental.[32]

Esa modificación de las herramientas conceptuales otorga a este curso su originalidad en comparación con todas las tendencias críticas que se desarrollaron desde la guerra y tuvieron en común la postura de tomar por blanco la "institución" asilar, ya fuera para reformarla, sublimarla o negar su legitimidad.

3.1. *Reformar la institución asilar.* Hasta entonces pensada como medio de atención y espacio de segregación, inmediatamente después de la guerra un movimiento que denuncia un alienismo acusado de complicidad con procedimientos discriminatorios y conductas de exclusión pretende liberar la intervención psiquiátrica de la ganga de la estructura asilar y de su "estancamiento", para hacer de ella una "actividad íntegramente regida por una perspectiva terapéutica".[33] Por eso un Lucien Bonnafé bautiza su crítica con el nombre de "posesquirolismo" y expresa de ese modo su voluntad de transformar un medio de segregación heredado en un verdadero instrumento terapéutico, con referencia a la "mutación efectuada en la idea fundamental de la institución de atención [...] formulada en 1822 por Esquirol con su conocida claridad: 'Una casa de alienados es un instrumento de curación en las manos de un médico diestro, y el agente terapéutico más poderoso contra las enfermedades mentales'".[34]

Sin embargo, al mismo tiempo, cuando afirma "la unidad e indivisibilidad de la prevención, la profilaxis, la cura y la poscura",[35] ese movimiento lleva a cabo un alejamiento progresivo de una institución asilar constituida

[32] *DE*, III, núm. 216, "Pouvoir et savoir" (diciembre de 1977), p. 414.

[33] Lucien Bonnafé, "Le milieu hospitalier au point de vue psychothérapeutique, ou Théorie et pratique de l'hôpital psychiatrique", en *La Raison*, 17, 1958, p. 7.

[34] Lucien Bonnafé, "De la doctrine post-esquirolienne. I. Problèmes généraux", en *Information Psychiatrique*, t. I, 4, abril de 1960, p. 423. Referencia a Esquirol, "*Mémoires, statistiques et* hygiéniques sur la folie. Préambule", en *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, París, J.-B. Baillière, 1838, t. II, p. 398 [trad. esp.: *Memorias sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Dorsa, 1991].

[35] Lucien Bonnafé, "Conclusions des journées psychiatriques de mars 1945", en *Information Psychiatrique*, XXII, 2, octubre de 1945, p. 19.

desde la ley del 30 de junio de 1838 como ámbito casi exclusivo de la intervención psiquiátrica, para no considerarla más que como un elemento entre otros de un dispositivo directamente conectado con la comunidad.[36] Pero lo que representa un *aggiornamento* de la psiquiatría no rompe con los objetivos de ésta: constituir como objeto de una intervención médica unos comportamientos sociales calificados de "patológicos" y montar dispositivos para desplegar una actividad terapéutica. De modo que, aunque ese movimiento pueda señalar con claridad las contradicciones entre lo que la institución pretende hacer y lo que hace efectivamente, la cuestión del "poder" psiquiátrico no llega a formularse, dado que la crítica sólo se enuncia en función del proyecto institucional y los criterios que él mismo plantea.

3.2. *Sublimar la institución.* Mientras los partidarios de la "psicoterapia institucional" de la primera hornada adherían a la existencia de los establecimientos a los cuales estaban asignados e intentaban utilizarlos lo mejor posible en el plano terapéutico, los de la segunda hornada emprenden, a partir de una supuesta discontinuidad entre psiquiatría y psicoanálisis, una modificación radical de la institución asistencial. Ocurre que, al desarrollarse sobre una escena completamente distinta, implicar una relación por completo diferente entre el paciente y el terapeuta y organizar otro modo de formación y distribución de los discursos, el psicoanálisis aparece como un recurso perpetuo para los problemas planteados por la vida asilar, y permite readaptar las estructuras de atención. La institución parece entonces "sublimada" desde adentro a través de una suerte de colectivización de los conceptos analíticos: las transferencias se convierten en "institucionales"[37] y los fantasmas, en

[36] Lucien Bonnafé, "De la doctrine post-esquirolienne. II. Exemples appliqués", en *Information Psychiatrique*, t. I, 5, mayo de 1960, p. 580: "El eje del servicio ya no es el asilo sino la ciudad, en el corazón del territorio donde se ejerce la función del psiquiatra, ampliada a la protección de la salud mental".

[37] Véanse: Horace Torrubia, "Analyse et interprétation du transfert en thérapeutique institutionnelle", en *Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, 1, 1965, pp. 83-90; Jean Oury, "Dialectique du fantasme, du transfert et du passage à l'acte dans la psychothérapie institutionnelle" (24 de enero de 1968), en *Cercle d'Études Psychiatriques*, 2, 1968, París, Laboratoire Specia, y "Psychothérapie institutionnelle: transfert et espace du dire", en *Information Psy-*

"colectivos". En nombre de la lógica del inconsciente, se articula entonces la crítica "*política*" de la *psiquiatría y se denuncian, como otros tantos focos de* resistencia a la verdad del deseo, las estructuras jerárquicas de las instituciones y las representaciones socioculturales de la enfermedad mental en las cuales están atrapados tanto el personal asistencial como los asistidos. Y así como el hospital de Saint-Alban (Lozère) había sido la referencia de la primera "*psicoterapia institucional*", *la clínica de La Borde, en Cour-Cheverny* (Loir-et-Cher), abierta en abril de 1953 por Jean Oury y Félix Guattari, representa ahora la realización modelo de una "psicoterapia institucional" analítica y su principal foco de difusión.[38]

Ahora bien, en una perspectiva centrada en lo institucional "interno", resulta difícil remontarse hasta el factor que, fuera de la institución, determina su organización y su papel, si se tiene en cuenta que la dimensión de ajuste público de la psiquiatría tal como la organiza la ley, que fuerza al psiquiatra a asumir ciertas funciones en cuanto ejerce un mandato público, se disuelve en el campo de los discursos y el imaginario. Así, Tosquellès puede sostener que "la problemática del poder, tal como se juega en los colectivos asistenciales, llega entonces por sí misma, en el campo de la palabra, a articularse en alguna parte, las más de las veces como proyección imaginaria en el discurso colectivo que se teje en el agrupamiento en cuestión".[39]

La versión italiana correspondiente –aunque Franco Basaglia (1924-1980) haya impugnado la etiqueta "antipsiquiátrica"–[40] critica el dispositivo asilar desde un punto de vista político, en cuanto ese dispositivo es el ámbito privilegiado de las contradicciones de la sociedad capitalista. Nacida en el

---

chiatrique, t. 59, 3, marzo de 1983, pp. 413-423; Jean Ayme, Philippe Rappard y Horace Torrubia, "Thérapeutique institutionnelle", en *Encyclopédie médico-psychiatrique. Psychiatrie*, t. III, octubre de 1964, col. 37-930, G.10, pp. 1-12.

[38] Sobre la clínica de La Borde, véase el número especial de la revista *Recherches*, 21, marzo-abril de 1976: *Histoires de La Borde. Dix ans de psychothérapie institutionnelle à la clinique de Cour-Cheverny*, suplemento, p. 19.

[39] François Tosquellès, "La problématique du pouvoir dans les collectifs de soins psychiatriques", en *La Nef*, XXVIII, 42, enero-marzo de 1971, *L'Antipsychiatrie*, p. 98.

[40] Así lo declaró en su intervención en la Universidad de Vincennes el 5 de febrero de 1971: "Personalmente, no acepto la etiqueta de antipsiquiatría" (notas personales; J. L.).

contexto muy particular de la ley del 14 de febrero de 1904 que, en lo esencial, asigna la responsabilidad de la asistencia de los enfermos mentales a la policía y la magistratura, y en el marco de la experiencia de las deplorables condiciones de su internación que hace Basaglia cuando en 1961 asume la dirección del hospital psiquiátrico de Gorizia, cerca de Trieste, la corriente italiana se sitúa en una perspectiva resueltamente revolucionaria.[41] Opuesta a la idea de una reconversión posible del asilo, ya sea en la forma de la "sectorización" o en la de las "comunidades terapéuticas", sospechosas de prolongar con una modalidad tolerante el antiguo dispositivo de control social,[42] esa corriente se consagra a prácticas basadas en la ruptura de todos los mecanismos institucionales susceptibles de reproducir la separación y el secuestro de la vida social de quienes tienen que ver con la psiquiatría: "Nuestra acción", declara Basaglia, "no puede sino proseguir en una dimensión negativa, que sea en sí misma una destrucción y una superación que, más allá del sistema coercitivo penitenciario de las instituciones psiquiátricas [...], pueda llevarse al terreno de la violencia y la exclusión inherentes al sistema sociopolítico".[43] Con la pretensión de emprender un trabajo de desinstitucionalización de la

[41] Sobre el movimiento italiano, véanse: Franco Basaglia (comp.), *Che cos'è la psichiatria?*, Turín, Einaudi, 1973 (trad. francesa: *Qu'est-ce que la psychiatrie?*, trad. de R. Maggiori, París, Presses Universitaires de France, 1977, col. "Perspectives critiques") [trad. esp.: *¿Qué es la psiquiatría?*, Barcelona, Guadarrama, 1977], "L'Istituzione negata...", *op. cit.*, y "Le rapport de Trieste", en *Pratiques de la folie. Pratiques et folie*, París, Éd. Solin, 1981, pp. 5-70. Sobre esta corriente véanse también: Giovanni Jervis, "Il mito dell'antipsichiatria", en *Quaderni Piacentini*, 60-61, octubre de 1976 (trad. francesa: *Le Mythe de l'antipsychiatrie*, trad. de B. de Fréminville, París, Éd. Solin, 1977) [trad. esp.: *El mito de la antipsiquiatría*, Barcelona, José Olañeta editor, 1979]; Robert Castel, "La ville natale de 'Marco Cavallo', emblème de l'antipsychiatrie", en *Critique*, 435-436, agosto-septiembre de 1983, pp. 628-636. En términos más generales, sobre los movimientos antipsiquiátricos en Europa, véase *Réseau. Alternative à la psychiatrie. Collectif international*, París, Union Générale d'Édition, 1977, col. "10/18".

[42] Franco Basaglia, "L'assistance psychiatrique comme problème anti-institutionnel: une expérience italienne", en *Information Psychiatrique*, vol. 47, 2, febrero de 1971: "La institución tolerante, la otra cara de la institución violenta, sigue cumpliendo su función originaria, sin que su significación estratégica y estructural se modifique, como tampoco los juegos de poder sobre los cuales se funda".

[43] Franco Basaglia, "Les institutions de la violence", en *L'Institution en négation...*, *op. cit.*, p. 137.

atención de los enfermos, el movimiento italiano juega la carta de la apertura hacia los no profesionales y de la alianza con fuerzas políticas y sindicales de izquierda, que en 1974 origina la conformación de Psichiatrica Democratica.

Pero la corriente que despierta más ecos en Francia es la inglesa, surgida de los trabajos de David Cooper (1931-1989), Aaron Esterson y Ronald Laing (1927-1989) sobre los esquizofrénicos y su entorno familiar.[44] Deudor de Cooper por la etiqueta de "antipsiquiatría",[45] este movimiento elabora en la década de 1960 una crítica radical de la psiquiatría y de su violencia institucional y simbólica. Violencia, en efecto, que no es sólo la violencia física de las coacciones de la internación, sino la ejercida por la racionalidad analítica que, por conducto de sus categorizaciones nosológicas, hace pasar por "enfermedad mental", situada en la órbita de una competencia especializada y necesitada del establecimiento de una relación de tutela, la manera como un sujeto trata de responder a la opresión de la que es víctima desde su nacimiento, y que prosigue a través de las instituciones delegadas por la sociedad: familia, escuela, trabajo, etc. Y como la institución psiquiátrica "violenta" esa "experiencia" que el sujeto debería continuar hasta sus límites últimos para tener alguna posibilidad de volver "transformado" –proceso para el cual Laing toma del vocabulario evangélico el término *metanoia*, que

[44] Las obras de la antipsiquiatría inglesa comenzaron a traducirse y difundirse en Francia a partir de un coloquio organizado en el otoño de 1967 en París por la Fédération des Groupes d'Études et de Recherches Institutionnelles (FGERI) [Federación de Grupos de Estudios e Investigaciones Institucionales], en el cual Cooper y Laing participaron como invitados. Cf.: Robert Castel, *La Gestion des risques. De l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse*, París, Éd. de Minuit, 1981, col. "Le Sens commun", I, § "Grandeurs et servitudes contestataires", pp. 19-33 [trad. esp.: *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*, Barcelona, Anagrama, 1984]; Jacques Postel y David F. Allen, "History and anti-psychiatry in France", en Mark Micale y Roy Porter (comps.), *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 384-414; *Recherches*, núm. especial, *Enfance aliénée*, t. II, diciembre de 1968, donde se destacan las colaboraciones de David Cooper, "Aliénation mentale et aliénation sociale", pp. 48-50, y Ronald Laing, "Metanoia. Some experiences at Kingsley Hall", pp. 51-57 [trad. esp.: *Infancia alienada*, Madrid, Saltés, 1980].

[45] "Un cuestionamiento más radical ha llevado a algunos de nosotros a proponer concepciones y procedimientos que parecen oponerse en forma absoluta a las concepciones y procedimientos tradicionales y que, en realidad, pueden considerarse como el germen de una antipsiquiatría". David Cooper, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, *op. cit.*, p. 9.

significa "conversión"–, es preciso desmedicalizar su espacio e invalidar las relaciones de poder que se despliegan en él. "En lugar de hospitales psiquiátricos, que son como fábricas de reparación, necesitaríamos sitios donde la gente que ha viajado más lejos que los psiquiatras y los seres reputados sanos de espíritu tuviera la posibilidad de ir aún más lejos en el espacio y el tiempo interiores, y regresar de ellos".[46] Por eso Cooper, Esterson y Laing constituyen en abril de 1965 la Philadelphia Association, cuyo objetivo es "organizar lugares de recepción para las personas que padecen o han padecido enfermedades mentales" y "modificar la manera de considerar los hechos de la 'salud mental' y la 'enfermedad mental'".[47]

* * *

Ahora bien, mientras esas corrientes críticas desarrolladas desde la guerra se asignan la institución psiquiátrica como punto de problematización, el curso desplaza su perspectiva al atribuirse como principio que, "antes de vérselas con las instituciones, es necesario ocuparse de las relaciones de fuerza en esas disposiciones tácticas que atraviesan las instituciones".[48] En efecto, la noción

[46] Ronald D. Laing, *La Politique de l'expérience...*, *op. cit.*, p. 88.

[47] Informe de actividad de la Philadelphia Association (1965-1967), citado en el artículo de Guy Baillon, "Introduction à l'antipsychiatrie", en *La Nef*, XXVIII, 42, enero-mayo de 1971, *L'Anti-psychiatrie*, p. 23. Por eso Michel Foucault podrá decir lo siguiente en su intervención en el coloquio organizado por Henri Ellenberger el 9 de mayo de 1973 en Montreal, "Faut-il interner les psychiatres?" ["¿Hay que internar a los psiquiatras?"] –al cual alude en una entrevista realizada por Stephen Riggins (*DE*, IV, núm. 336, junio de 1982, pp. 536-537)–, titulada "Histoire de la folie et antipsychiatrie": "En esta forma de antipsiquiatría tal como la practican Laing y Cooper, se trata de la desmedicalización del espacio donde se produce la locura. Una antipsiquiatría, por consiguiente, en la que la relación de poder queda reducida a cero. Esa desmedicalización no sólo implica una reorganización institucional de los establecimientos psiquiátricos; sin duda se trata incluso de algo más que un mero corte epistemológico; acaso más que en términos de una revolución política, la cuestión debería plantearse en términos de ruptura etnológica. Quizá no sea simplemente nuestro sistema económico, y ni siquiera nuestra forma actual de racionalismo, sino toda nuestra inmensa racionalidad social tal como se tramó históricamente desde los griegos la que hoy no puede convalidar sin repugnancia, en el corazón mismo de nuestra sociedad, una experiencia de la locura que sea prueba de verdad sin control del poder médico" (dactilografiado, p. 19).

[48] Cf. *supra*, clase del 7 de noviembre de 1973, p. 32.

de institución oculta una serie de insuficiencias, de "peligros" sobre los cuales Michel Foucault insiste en varias ocasiones. Ante todo, abordar los problemas de la psiquiatría a través de ella equivale a darse objetos ya plenamente constituidos: el colectivo y sus regularidades funcionales, el individuo que lo integra, etc., cuando en realidad convendría analizar sus procedimientos de constitución en el nivel de las disposiciones de poder y los procesos de individualización que éstas entrañan. Luego, al centrarse en un microcosmos institucional, se corre el riesgo de apartarlo de las estrategias en las que ocupa su lugar y surte sus efectos, y de "meter" en él, como dice el curso, "todos los discursos psicológicos o sociológicos". Compárese, por ejemplo, la problemática del curso con la de *Internados*, de Erving Goffman, a quien Foucault rinde homenaje en distintas oportunidades.[49] Por cierto, uno de los méritos del libro es el de permitir escapar a las racionalizaciones médicas "desespecificando", por decirlo así, la institución psiquiátrica al resituarla en un abanico de otras estructuras: escuela, prisión, etc., por intermedio de la noción de *total institution* (institución "totalitaria") que caracteriza a establecimientos especializados en la custodia de los individuos y el control de su modo de vida. Pero este enfoque casi etnográfico de la institución asilar tiene sus límites. En efecto, al tomar esta institución como una "totalidad" autónoma, para reubicarla simplemente en un abanico de otras instituciones, esta concepción omite mostrar que el asilo es una respuesta a una problemática histórica en evolución. Como resultado, la naturaleza de la ruptura constitutiva del lugar asilar sigue pensándose de una manera estática, a través de oposiciones binarias como adentro/afuera, estar encerrado/salir, etc., que señalan las barreras erigidas por las instituciones totalitarias "a

[49] Erving Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Nueva York, Doubleday, 1961 (trad. francesa: *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentales et autres reclus*, trad. de L. y C. Laîné, prefacio de R. Castel, París, Éd. de Minuit, 1968, col. "Le Sens commun") [trad. esp.: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1984]. Cf. Michel Foucault, 1) *DE*, II, núm. 139, "La vérité et les formes juridiques", *op. cit.*, pp. 611-612; *DE*, III, núm. 272, entrevista realizada por M. Dillon (octubre de 1979), pp. 802-803; *DE*, IV, núm. 280, "Foucault étudie la raison d'État" (primavera de 1980), p. 38, y núm. 310, "Espace, savoir et pouvoir" (entrevista realizada por P. Rabinow, marzo de 1982), p. 277.

los intercambios sociales con el exterior [...], y que a menudo se concretan en obstáculos materiales: puertas con cerrojo, muros elevados, etc."[50] Sustitúyase esta imagen de un espacio "clausurado" por la idea de un espacio "cerrado para un enfrentamiento, ámbito de una justa, campo institucional donde se trata de victoria y sumisión",[51] y la ruptura asilar adquirirá una nueva dimensión. Ese medio "cerrado" aparece como lo que realmente es: un medio *activamente apartado*, es decir, *conquistado* a antiguas *formas* de atención asistencial, a través de procesos históricos que llevan al loco a surgir como quien se diferencia menos con respecto a la familia que dentro de un campo técnico administrativo. Esto se subraya en la clase del 5 de diciembre de 1973: "El loco aparece [...] como peligro para la sociedad, y ya no como el individuo que puede poner en riesgo los derechos, las riquezas y los privilegios de una familia". Al mismo tiempo, el lugar central del psiquiatra, bien *destacado por Goffman, asume otra dimensión: el psiquiatra no se distingue* del alienado por el hecho de estar libre; lo que lo caracteriza es que interviene como embajador del mundo externo, encargado de imponer dentro del asilo las normas de la sociedad. Es "quien debe dar a lo real esa fuerza apremiante por la cual ese mismo real podrá apoderarse de la locura, atravesarla por completo y hacerla desaparecer".[52]

Mientras el problema al que se ciñe Goffman es el planteado por la *institución misma y su funcionamiento*, el *problema abordado por el curso es* saber cómo una técnica determinada de poder, ligada a estructuras sociales y políticas, autoriza "la racionalización de la gestión del individuo".[53]

De allí el estilo particular de una arqueología de la institución psiquiátrica que, de Jorge III a Charcot, multiplica "escenas" maravillosamente panópticas, que ponen de relieve las operaciones y los procedimientos constituyentes de esta "microfísica" del poder y disuelven el carácter macizo de la *institución asilar.* "Escenas" sobre las cuales el manuscrito de la clase del 14 de noviembre de 1973 precisa que, por ese término, no hay que "entender un episodio teatral sino un ritual, una estrategia, una batalla"; escenas que,

[50] Erving Goffman, *Asiles...*, *op. cit.*, p. 46.

[51] *DE*, II, núm. 143, p. 679.

[52] Cf. *supra*, clase del 12 de diciembre de 1973, p. 156.

[53] *DE*, IV, *núm.* 280, *entrevista realizada por* M. *Dillon* (1980), p. 38.

insertadas en el trabajo del análisis como fragmentos de un espejo, reúnen, de un vistazo, las implicaciones teóricas que la argumentación desplegará.

Así, el abordaje del dispositivo de la psiquiatría con referencia a mecanismos de poder debilita el punto de anclaje a partir del cual la psiquiatría desplegó sus conquistas teóricas y prácticas: una exigencia de especificidad. En efecto, de su constitución como "medicina especializada", dotada de "establecimientos especiales", médicos "especialistas" –los alienistas– y una legislación especial, la ley del 30 de junio de 1838, a los intentos de transformación de sus estructuras institucionales apenas terminada la guerra, la idea de una "especificidad" de la medicina mental constituye una línea de fuerza alrededor de la cual puede decirse que se congregó lo esencial de la profesión.[54]

4. *Puntos de problematización*

El análisis del dispositivo psiquiátrico se articula, entonces, en torno de tres ejes: el del poder –en cuanto el psiquiatra se instituye como sujeto actuante sobre otros–, el de la verdad –en tanto el alienado queda constituido como objeto de saber– y el de la subjetivación, pues el sujeto debe hacer suyas unas normas que se le imponen.

4.1. *El poder.* Definido en la década de 1970 con la problemática del saber-poder, este eje desplaza cuestionamientos anteriores. En efecto, los primeros textos dirigían a la psiquiatría, en el fondo, la siguiente pregunta: "¿Lo que usted dice es verdad? ¡Deme los títulos de su verdad!" En lo sucesivo, la interrogación, la demanda, es: "¡Denos los títulos de su poder! ¿Con qué derecho lo ejerce? ¿En nombre de quién? ¿Con qué beneficios?" "Poder", por lo tanto, y ya no "violencia" como en los trabajos precedentes. Con ello cambia la figura paradigmática a la cual apuntaba la crítica de los "antipsiquiatras" anglosajones que ponían en su centro la cuestión de la "violen-

[54] Como lo testimonian la lucha de Henri Ey (1900-1977) por mantener la "especificidad" de la psiquiatría frente al psicoanálisis y contra las tentaciones biológicas o sociopolíticas, y la aparición de una antología titulada precisamente *Spécificité de la psychiatrie*, París, Masson, 1980, compilada por François Caroli.

cia" ejercida por la sociedad en general y por la psiquiatría en particular:[55] el esquizofrénico.[56]

Pero cuando se aborda el dispositivo psiquiátrico con referencia a los mecanismos de poder que lo organizan, quien representa de manera paradigmática el reverso militante del poder psiquiátrico es la histérica, al tender a un Charcot, munido del más elevado saber médico, la "trampa" de la mentira.[57] Por eso la histérica merece a los ojos de Michel Foucault el título de primera "militante de la antipsiquiatría", como lo afirma en la clase del 23 de enero de 1974, pues gracias a sus "maniobras" pone en cuestión el papel del médico "encargado de producir la verdad de la enfermedad en el espacio hospitalario".[58] Por eso también Foucault puede declarar en su intervención durante un coloquio organizado en mayo de 1973 por Henri Ellenberger: "*La era de la antipsiquiatría comenzó cuando se tuvo la sospecha, y pronto* la certeza, de que el gran maestro de la locura, aquel que la hacía aparecer y desaparecer, Charcot, no era el productor de la verdad de la enfermedad sino el fabricante de su artificio".[59]

Ahora bien, el poder al cual se consagra el curso exhibe una doble característica. En última instancia, su punto de aplicación está en los cuerpos: su distribución en el espacio asilar, sus maneras de comportarse, sus necesidades, sus placeres; en síntesis, un poder que "obedece todas las disposiciones de una especie de microfísica de los cuerpos". Por otra parte, las relaciones de poder que se instauran entre el psiquiatra y su paciente son esencialmente inestables y están compuestas de luchas y enfrentamientos en los cuales aparecen en todo momento puntos de resistencia. Así sucede con esas "contra-*maniobras" por cuyo intermedio las histéricas hacen mella en el poder de*

[55] David Cooper, *Psychiatrie et antipsychiatrie, op. cit.*, p. 33: "En la medida en que la psiquiatría representa los intereses, o los presuntos intereses, de los hombres normales, podemos constatar que, en realidad, la violencia en psiquiatría es en primer lugar violencia de la psiquiatría".

[56] Cf. *supra*, nota 31.

[57] Cf. *supra*, clase del 6 de febrero de 1974, pp. 349 y ss.

[58] *DE*, II, núm. 143, p. 681.

[59] "Histoire de la folie et antipsychiatrie" (citado *supra*, nota 47), p. 12; reeditado con algunas modificaciones en *DE*, II (véase la nota precedente).

Charcot, escapando a las categorizaciones a las que éste quiere asignarlas y obligando por ello al dispositivo de poder-saber médico a reactivarse a partir de esas resistencias, al extremo de inaugurar, dice Foucault, "una crisis que debía llevar a la antipsiquiatría".[60]

4.2. *El saber y la verdad.* Como se recuerda en la clase del 5 de diciembre de 1973, "el asilo, como sistema disciplinario, es también un lugar de formación de cierto tipo de discurso de verdad". De allí esos análisis de las articulaciones de dispositivos de poder y juegos de verdad. Así sucede con la modalidad "protopsiquiátrica" en la que se organiza todo un juego alrededor de la convicción delirante, bajo el régimen de una "prueba" en la cual el médico se muestra como amo ambiguo de la realidad y la verdad; o, al contrario, un juego en que la cuestión de la verdad ya no surge en el enfrentamiento del médico y el enfermo, porque ahora sólo se plantea dentro del mismo poder psiquiátrico establecido como ciencia médica. Como se advertirá, en ese modo de análisis, la verdad es convocada menos a título de propiedad intrínseca de enunciados que en el plano de su funcionalidad, por el horizonte de legitimación que proporciona a los discursos y las prácticas sobre cuya base el poder psiquiátrico organiza su ejercicio, y por el modo de exclusión que autoriza.

4.3. *La sujeción.* El terapeuta que aborda desde afuera al individuo por tratar, al mismo tiempo que recurre a procedimientos que le permiten extraer de éste la interioridad de su subjetividad –interrogatorio, anamnesis, etc.–, pone al sujeto en la obligación de interiorizar las consignas y normas que él le impone. Por eso en la clase del 21 de noviembre de 1973 el problema se encara desde el punto de vista de los modos de sujeción que ponen de manifiesto al sujeto como una "función" compleja y variable de los regímenes de verdad y las prácticas discursivas.

Sin embargo, este curso que pretendía dar continuidad sobre nuevas bases a la *Historia de la locura*, no tendrá descendencia. Pues en esos años, las cir-

[60] *Ibid.*

cunstancias llevan a Michel Foucault a preferir al "garabateo de libros", como él mismo dice, la participación en acciones concretas. Así, ya en 1972 reconoce que "escribir hoy una continuación de la *Historia de la locura*, que llegue hasta la época actual, carece para mí de interés. En cambio, creo cargada de sentido una acción política concreta a favor de los presos".[61] No obstante, al mismo tiempo Foucault prepara *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión.*

JACQUES LAGRANGE

[61] *DE*, II, núm. 105, "Le grand enfermement" (entrevista realizada por N. Meienberg, marzo de 1972), p. 301.

ÍNDICE DE NOCIONES Y CONCEPTOS*

* Todos los índices fueron realizados con la colaboración de Vincent Guillin.

ÍNDICE DE NOMBRES

ÍNDICE DE LUGARES

ÍNDICE GENERAL